

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE^{N°} 473

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ARION Henri-Gilbert

né le 10 mars 1929, à Paris (20^e)

A PROPOS DE QUELQUES INTERVENTIONS
DE
CHIRURGIE ESTHÉTIQUE NASALE COURANTE

Présentée et soutenue publiquement le

Président : M. A. AUBIN, Professeur

IMPRIMERIE A. MONTOURCY

4 bis, rue Nobel

PARIS (18^e)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

T H È S E N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ARION Henri-Gilbert

né le 10 mars 1929, à Paris (20^e)

A PROPOS DE QUELQUES INTERVENTIONS

DE

CHIRURGIE ESTHÉTIQUE NASALE COURANTE

Présentée et soutenue publiquement le

Président : M. A. AUBIN, Professeur

IMPRIMERIE A. MONTOURCY

4 bis, rue Nobel

PARIS (18^e)

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Bénard (H.), Brocq (P.), Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Debré (R.), Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillaïn, Halphen, Harvier, Laroche (G.), Laubry, Lemaître, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannié, Sézary, Tanon, Velter.

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)	
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)	
Bactériologie	FASQUELLE (R.)	
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLET-BERT (P.)	
Biologie médicale	FAUVERT (R.)	
Cancérologie médicale et sociale	JEAN-BERNARD	
Chimie médicale	JAYLE (M.-F.)	
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu	MENEGAUX
	Beaujon	SICARD (A.)
	Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
	Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et Orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)	
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)	
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	GAUDART-D'ALLAINES	
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)	
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)	
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)	
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)	
Clinique de puériculture	LELONG (M.)	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)	
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)	
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)	
Clinique des maladies des enfants	CATHALA	
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)	
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)	
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)	
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
	Bichat	JUSTIN-BESANÇON
	Cochin	MOREAU (R.)
	Broussais	DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DEBRAY	
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)	
Cliniques obstétricales	Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Port-Royal	VARANGOT
Clinique ophtamologique	RENARD	
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)	
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires	HAMBURGER	
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)	

Clinique rhumatologique et sociale	MM.
Clinique stomatologique	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale	SENEQUE (J.)
Clinique urologique	LEMAIRE (A.)
Embryologie	FEY (B.)
Génétique médicale	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAMY (M.)
Histologie	SOULIE
Hygiène et clinique de la première enfance	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	TURPIN
Médecine du Travail	JOANNON (C.)
Médecine légale	DESOILLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	PIEDELIEVRE (R.)
Pathologie chirurgicale	GALLIARD (H.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER (G.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	LENEGRE (J.)
Pathologie médicale	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie et thérapeutique générales	DECOURT
Pédiatrie sociale	GARCIN (J.)
Pharmacologie et matière médicale	MARIE (J.)
Physico-chimie médicale (Chaire à titre personnel)	HAZARD (R.)
Physiologie	DOGNON (A.)
Physique médicale	BINET (L.)
Radiologie médicale	STROHL (A.)
Technique chirurgicale	DESGREZ (H.)
Thérapeutique	PATEL
	N...

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	{	DELMAS (A.), pr. s. ch.	Maladies infectieuses ..
	{	DEBEYRE (J.)	BASTIN
	{	OLIVIER	DEROBERT (L.), pr. s. ch.
	{	CABROL (C.)	Médecine légale
Anatomie pathologique ..	{	GAUTHIER-VILLARD (Mlle P.) pr. s. ch.	{
	{	BUSSER (F.)	GAULTIER (M.)
	{	GOUYGOU (Ch.)	et du travail ...
	{		HADENGUE (A.)
Bactériologie	{	NEVOT (A.)	ALBAHARY
	{	CHRISTOL (D.)	Neurochirurgie
Biochimie médicale ...	{	ETTORI (J.), pr. s. ch.	DAVID (M.)
	{	N...	Neurologie
	{	N...	IHERMITTE
Biologie médicale ...	{	BOURLIERE (F.)	GRASSET (J.)
	{	DUPERRAT (F.)	LEPAGE (F.)
Dermato-Syphiligraphie ..	{		MERGER (R.)
	{		MORIN (P.)
Embryologie	{	TUCHMANN	RAVINA (J.)
	{		ROBEY (M.)
Histologie	{	N...	LE LORIER
	{	N...	Obstétrique
	{	N...	
Hydrologie	{	CORNET	DESIGNES (P.)
	{		BREGEAT
Hygiène	{	BOYER (J.), pr. s. ch.	Orthopédie
	{	DEPARIS (M.), pr. s. ch.	JUDET (R.)
	{		AUBRY (M.)
			Oto-rhino laryngologie ..
			MADURO (R.)
			Parasitologie
			CHABAUD (A.)
			N...

MM.		MM.	
Pathologie chirurgicale.	ABOULKER (P.)	Pathologie médicale ..	THIEFFRY (St.)
	BAUMANN (J.)		TURIAF (J.)
	GOSSET (J.)		BRICAIRE
	LAURENCE (G.)		ROYER
	LORTAT-JACOB (J.)		BRISAUD
	OLIVIER (Cl.)		DEROT
	POILLEUX (F.)		BOUVIER
	VERNE (J.-M.)		MACREZ
	DUBOST		WOLFROMM
	MATHEY	Pédiatrie	JOSEPH (R.)
Pathologie expérimentale	FLABEAU		MOZZICONACCI (P.)
	CAUCHOIX		POLONOVSKY (Cl.)
	FAUREL	Pharmacologie	CHEYMOL (J.), pr. s. ch.
	BARCAT		LEVY (Mlle J.), pr. s. ch.
	GERMAIN	Physiologie	BARJETON (D.), pr. s. ch.
	THOMERET		PARROT (J.), pr. s. ch.
Pathologie médicale...	LÉPER (M.)	Physique médicale ...	DEJOURS (P.)
	MAURICE		DJOURNO (A.), pr. s. ch.
	BOUDIN (G.)	Pneumo-Phtisiologie..	GOUGEROT (L.)
	CASTAIGNE (P.)		KREIS (B.)
	CONTE (M.)	Psychiatrie	PICHOT
	DOMART (A.)		Psychiatrie infantile ..
	LAMOTTE (M.)	Rhumatologie	MICHAUX (Z.)
	LAROCHE (Cl.)		DELBARRE
	MILLIEZ (P.)	Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
	PEQUIGNOT (H.)		CERNEA (P.)
	PERRAULT (M.)	Thérapeutique	CHASSAGNE
	RAMBERT (P.)		Urologie
			KUSS (R.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
Clinique chirurgicale ..	AMELINE (A.)	Clinique médicale...	HAGUENAU (M.), pr. s. ch.
	HUGUIER (J.)		KOURILSKY (R.)
	LEGER (L.)		MARCHAL (G.)
	PADOVANI (P.)	Clinique obstétricale ..	ECALLE (G.)
	ROUX (M.)		MAYER (M.)
Clinique médicale....	RUDLER (J.-C.)	Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
	BROUET (G.)		Couvelaire (R.)
	N...	Clinique urologique ..	
	DREYFUS (Gilbert)		

Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),
	LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

— A mes parents :

*en faible témoignage de ma reconnaissance.
Puissé-je me montrer toujours digne de
l'exemple qu'ils m'ont donné.*

— A ma sœur Annie-Françoise,
Externe des Hôpitaux de Paris :

bien affectueusement.

— A mes amis.

- A mon Président de thèse : Monsieur le Professeur
A. AUBIN, Professeur de clinique O.R.L.,
Laryngologiste de l'hôpital Lariboisière,
Officier de la Légion d'Honneur,

*qui me fait le grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

- A Monsieur le Professeur MERLE D'AUBIGNÉ,

*à qui je dois le principe d'une saine chirurgie
plastique.*

- A Monsieur le Docteur ISELIN, de Nanterre :

*qui m'a instruit et conseillé, en témoignage
de ma reconnaissance.*

— A mon Maître : Monsieur le Professeur A. APPAIX,
Chirurgien-Spécialiste des Hôpitaux,
Chef de Service de l'Hôtel-Dieu de Marseille,

à qui je dois le meilleur de ma formation.

— A Monsieur le Docteur G. BREMOND,
Chirurgien Spécialiste des Hôpitaux,

*auquel je suis heureux de témoigner ma
reconnaissance, car ses précieux conseils
et son exemple m'ont guidé sur les chemins
les plus délicats.*

— A mes Maîtres de l'hôpital de Toulon :

— Monsieur le Docteur VILLECHAIZE :

« Merci de m'avoir fait bénéficier de votre riche expérience; c'est à vous que je dois mes premiers gestes chirurgicaux. Vous m'avez appris la prudence et la pondération. »

— Monsieur le Docteur ESCARRAS :

« Vous avez eu la bonté de me confier bon nombre d'interventions courantes; vous m'avez surveillé attentivement et judicieusement conseillé. Vous suivre et vous imiter fut ma préoccupation de tous les instants. Je vous prie de croire à ma bien vive gratitude. »

— Monsieur le Docteur PEDINIELLI :

« Vous fûtes toujours pour moi le guide bienveillant. Penser, servir, faire le bien avant toutes choses; avoir le sentiment noble de sa fonction : voici ce que vous m'avez fait découvrir chaque jour. »

— Monsieur le Docteur MARI :

« Nous ne pouvons qu'exprimer bien faiblement notre reconnaissance d'avoir bien voulu nous ouvrir votre service et d'avoir pu, par un contact et un exemple journaliers, perfectionner nos connaissances dans la spécialité. »

— Monsieur le Docteur PERRINON :

« Vous nous avez appris la pratique de notre métier, facilité notre travail. Nous vous en remercions sincèrement. »

— A mes Camarades d'Internat.



PLANCHE ANATOMIQUE

d'après Léonard de VINCI

INTRODUCTION

Les exemples de ce que peut ressentir un individu affligé d'une difformité physique ne manquent pas. Redonner à un être son intégrité équivaut à le libérer d'une entrave et à faciliter le libre développement de sa personnalité.

Certes, le Beau est difficile à définir. Là où Socrate avait échoué, en définissant le Beau par le Beau lui-même, nous n'avons pas la prétention d'apporter nos lumières. Ce qui est important à propos du sujet qui nous intéresse est que la modification d'une difformité, quelle qu'elle soit, devient utile à partir du moment où elle soulage une difficulté psychologique quelconque.

Tout ce qui est humain est nôtre et le médecin est au service de l'Homme, dans toutes ses facultés.

Nous avons eu l'occasion d'opérer un jeune homme qui s'était fait tatouer le visage lors de son service militaire en Afrique. Lui laisser son tatouage eût équivalu à consacrer la sottise d'un moment.

A côté de cette observation personnelle, nous sommes heureux de pouvoir faire figurer celle de l'introduction du beau livre du Docteur GALTIER :

« Dans le début de l'année 1923, le service de mon Maître BOURGEOIS, à Laënnec, recevait régulièrement la visite d'un receveur de tramways Auteuil-Saint-Sulpice, qui venait nous entretenir de ses malheurs; il attribuait ces derniers à la forme inharmonieuse de son nez qui était aplati, désossé, recevant la pluie les jours de grand vent. Devant tant d'insistance, il fut décidé de lui refaire son nez. Un après-midi de Mardi-Gras, je prélevai un greffon costal et réalisai un nez de type bourbonien. J'avais un peu dépassé la mesure, mais ce nez impératif eut les meilleures conséquences : le porteur fut nommé contrôleur et épousa une femme fidèle. »

Chaque jour, nous voyons notre visage, chaque jour nous prenons conscience du moindre grain de beauté. Cette attention pour un visage, légitimement désiré propre et sans défaut, peut expliquer, par son exacerbation, bien des attitudes. Il est certain que chaque impression extérieure a une résonance dans notre Moi et, seule, l'habitude nous empêche de voir exactement l'importance de ce que nous appellerons « les psychoses du miroir ».

CONDITIONS GÉNÉRALES D'INTERVENTION

Puisque nous traitons d'esthétique, la cause de la déformation nasale n'a d'importance que dans la mesure où elle fausse les résultats d'une intervention correctrice.

Autrement dit, n'intervenons pas si le nez est en train de se modifier morphologiquement; n'intervenons pas non plus si l'intervention est capable de réveiller un processus modificateur ou pathologique.

Plaçons donc de côté tout ce qui est pathologique au sens initial du terme :

— Syphilis, tuberculose, diabète, urémie, une affection cardiaque, etc...;

— Contre-indications sanguines : hémophilie, hémogénie (on voit mal l'hémophile connaissant son avenir incertain demander les services du chirurgien esthétique).

Opérons avec le maximum de chances de notre côté : attendre en cas de coryza, de grippe, de simple rhume; traiter médicalement au préalable un rachitisme, un myxoedème.

Nous voilà donc en présence d'un sujet en bon état général pour lequel nous jugeons qu'il est utile d'intervenir.

Son âge : n'opérons pas avant 18 ans (sauf pour réduction de fracture récente, la question ne se pose pas).

Porte-t-il des cicatrices apparentes chéloïdes ou rétractiles ?

Est-il sujet aux rhinites, sinusites ?

Son temps de saignement et son temps de coagulation sont-ils normaux ?

Son nez rentre-t-il dans le cadre des types décrits ou doit-on envisager l'association de plusieurs interventions simultanées ou consécutives ?

Est-il gras, acnéique ? On pense aux suites opératoires, aux ecchymoses, à l'œdème.

Et, enfin, son psychisme.

Pour quelle raison vient-il nous trouver ?

Un « complexe » ? C'est sans doute un grand mot. Mais éliminons les inquiets, les instables, les revendicatifs. Soyons spécialistes.

« Docteur, je viens parce qu'on m'a dit que vous faisiez de l'esthétique; regardez mes jambes. »

En effet, cette femme présente d'énormes varices cirsoïdes. Je l'adresse sans discourir au Chef de service.

Les conditions sont telles qu'il faut savoir se cantonner aux seules interventions connues à la perfection. Pas d'échec possible. C'est le patient qui juge.

« Docteur, j'ai vu ce que vous aviez fait à mon amie. Cela n'est pas mal, mais je lui trouve le bout du nez trop gros. Je veux que vous fassiez mieux pour le mien, en tout cas, mieux que pour elle. »

Attention ! Autant d'embûches, autant de pièges qui risquent de démolir la réputation naissante de celui qui veut rester honnête. Ce qui, à la rigueur, passerait dans une grande ville serait catastrophique dans une ville de province.

Comme cette autre femme venue, accompagnée par une amie jusque dans ma petite chambre d'interne, me demander que je redresse son nez pendant l'après-midi, profitant de l'absence de son mari. Quelle belle surprise elle lui ménageait !

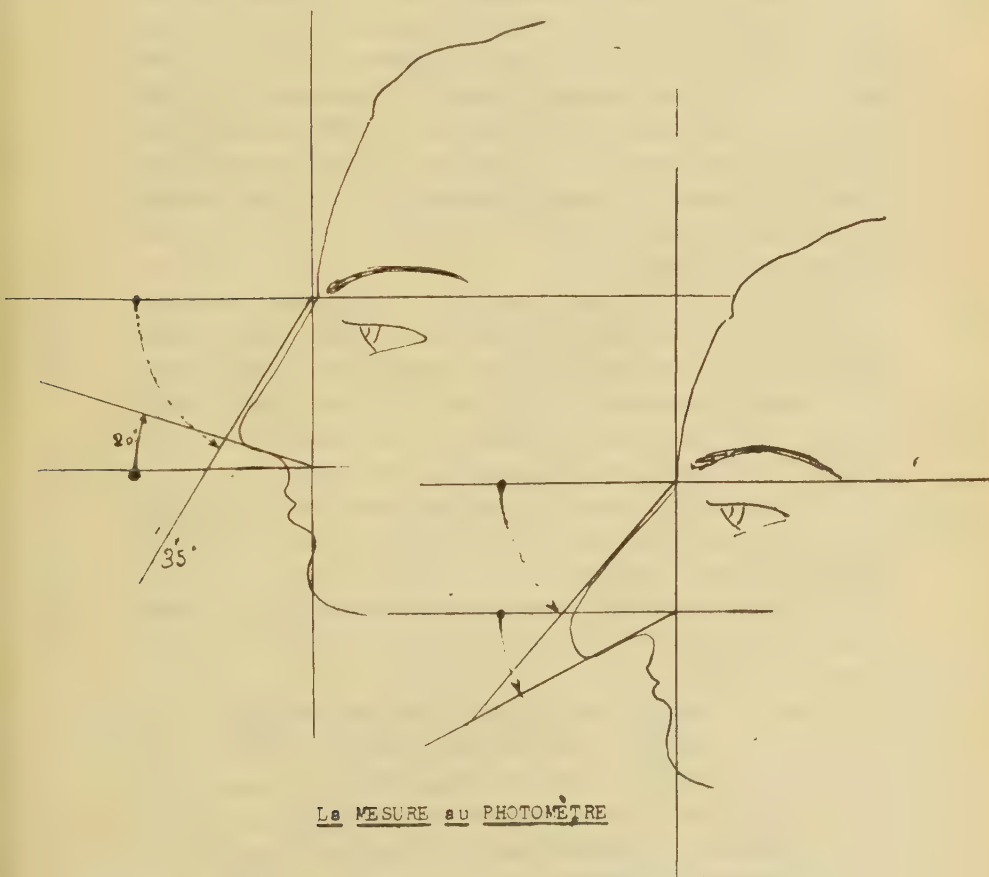
Enfin, c'est une question de nuances. Le médecin est généralement rompu à cette analyse psychologique (malgré toutes les précautions, n'en arrivons pas à regretter d'avoir opéré quelqu'un qui n'en avait pas besoin).

Nous devons prévenir, expliquer les suites opératoires, dire qu'il y a danger. Malheureusement, le plus souvent, pour ne pas dire toujours, lorsqu'une femme a

décidé de faire corriger son nez, elle n'en démord plus. Nous avons affirmé à l'une d'entre elles qui nous le demandait n'avoir jamais pratiqué de « lifting » que sur du « cadavre » et nous l'avons vue traîner par la manche son pauvre mari, pour signer une lettre dégageant notre responsabilité.

Là encore, un point à éclaircir : celui de la famille.

Nous pensons qu'il est de notre devoir de ne pas opérer quelqu'un dont la famille ou, d'une façon générale, l'entourage est de l'avis contraire.



LE POINT DE VUE ARTISTIQUE

Parmi toutes les sciences humaines, il n'en est pas, croyons-nous, qui ait été régie par des lois plus autoritaires et plus capricieuses, par des dogmes plus infaillibles en théorie et plus contestés en fait, que le Beau dans la composition artistique.

Chacun a préconisé son artifice, chacun a tenté d'imposer sa règle, ou seulement son truc, a proclamé « de cathedra » que sa méthode était la seule qui fut fondée sur la nature et sur le bon sens. En s'y soumettant docilement, on était certain d'arriver au chef-d'œuvre par la ligne la plus directe. Méconnaître ces lois, c'était le désordre et l'hérésie. Mais il se trouvait que l'hérétique, celui qui avait choisi la discipline diamétralement opposée, se disait lui aussi satisfait du résultat obtenu et, à son tour, recommandait son système aux générations à venir.

Comme le dit Henri GUERLIN : « Léonard de Vinci conseille-t-il d'opposer la lumière à l'ombre et l'ombre à la lumière, REYNOLDS fait observer que l'on parvient à la beauté supérieure par la méthode contraire. Il unit l'ombre à l'ombre et la lumière à la lumière. Et REYNOLDS a raison; mais Léonard n'a pas tort. »

Il serait fastidieux de décrire toutes les règles, tous les principes, tous les canons inventés au cours des temps par les artistes.

Voyons combien il est difficile de faire concorder ces règles entre elles et avec notre notion actuelle du Beau.

Dans le souci de respecter les proportions humaines, les Grecs élevaient les colonnes de leurs temples. Il se trouve que la hauteur du chapiteau de la colonne corinthienne est sensiblement égale au septième de la hauteur totale (comme la tête sur le corps de l'homme).

Le canon, probablement le plus ancien, a été décou-



NEZ LONG, COURT, BUSQUÉ ou en TROMPETTE

seule compte la difformité

vert en Egypte par le savant allemand LEPSIUS. Il figure un individu de face passant sous la toise. Le poing droit est fermé; la main gauche est largement ouverte. Après de nombreuses recherches de mesure, le médius en serait l'unité. Sa longueur est en effet contenue un nombre entier de fois dans des longueurs prises à partir de nombreux points de repaire anatomiques.

Citons le « Doryphore » de POLYCLÈTE : œuvre didactique représentant « le jeune homme ni trop grand, ni trop petit, ni trop gras, ni trop maigre, ayant à la fois force, souplesse et grâce ».

Citons encore l'« Apoxyménos » de LYSIPPE qui, plus svelte, fait contraste avec le « Doryphore » absolument au repos.

On ne sait réellement si les anciens avaient un mode de mesure, et c'est bien après, en essayant de justifier la beauté de certaines œuvres, que les connaisseurs se sont perdus dans une abondance de chiffres dont voici quelques-uns à propos du « Gladiateur » du Louvre : le nez étant pris comme unité, la hauteur de la tête est égale à 4; le tronc à 8; il y a six fois quatre douzièmes de la hauteur du nez depuis le genou jusqu'à la plante du pied.

Il faut nous faire grâce du reste; nous ne parlerons pas des diverses considérations ethnologiques, de l'angle facial de CAMPER...

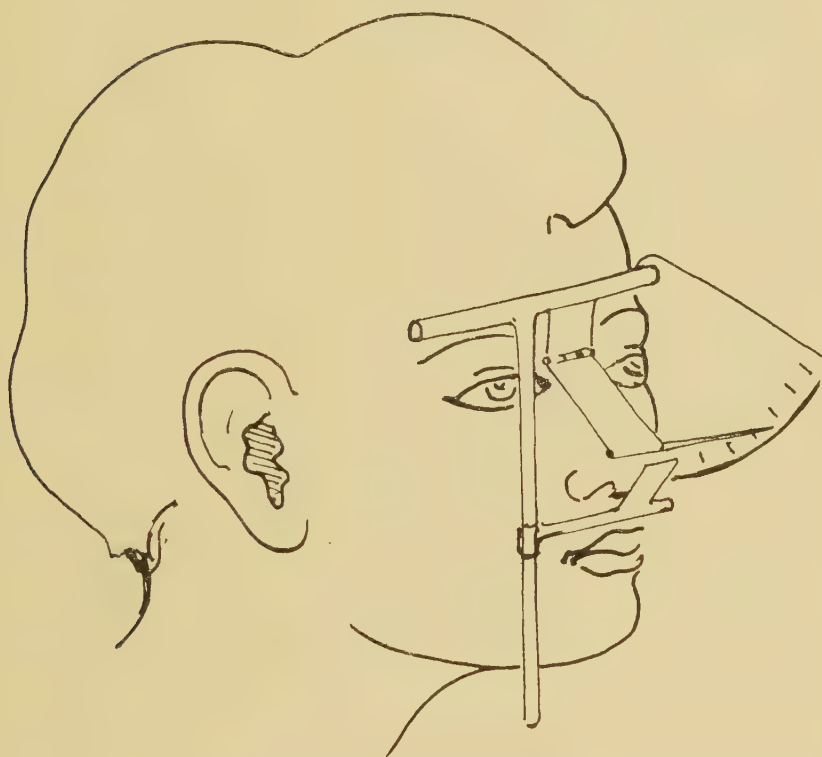
Actuellement, bien des peintres contemporains et des visagistes ont mis au point des appareils de mesure plus ou moins simples, servant d'ailleurs déjà en chirurgie esthétique : appareils gradués (rapporteurs, compas) qui visent à remettre le nez, les oreilles ou les yeux en une place déterminée, calculée à l'avance, sur un visage.

Nous passerons rapidement sur ces principes artistiques qui n'ont de base que l'époque ou la mode. C'est le premier coup d'œil qui doit nous renseigner au maximum. Il est d'ailleurs classique de dire, pour ce qui est du dessin, que c'est le premier coup d'œil qui vaut.

Ainsi, nous ne croyons pas aux règles en cette

matière. La peinture contemporaine nous le montre bien. Et nous affirmons, après referendum : que le nez long a autant de charme que le nez court; que le nez busqué est aussi joli que le nez retroussé.

Seule compte la difformité, l'exagération de certaines dimensions qui sont toujours visibles d'emblée et



Le COMPARATEUR de BERSON

dont la découverte ne saurait tolérer (soyons honnêtes) aucune mascarade de mensuration.

Plaçons le sujet de face, puis de profil. Essayons manuellement de modifier son nez. Demandons-lui des

photographies grand format face et profil (type anthropométrique), déplaçons un cache en papier sur ces photographies; nous nous rendrons compte, avec un peu de goût et de bon sens, quelle est la modification utile; nous lui en ferons part; nous nous mettrons d'accord. Le reste est illusoire.

RAPPEL ANATOMIQUE DE LA PYRAMIDE NASALE

EMBRYOLOGIE

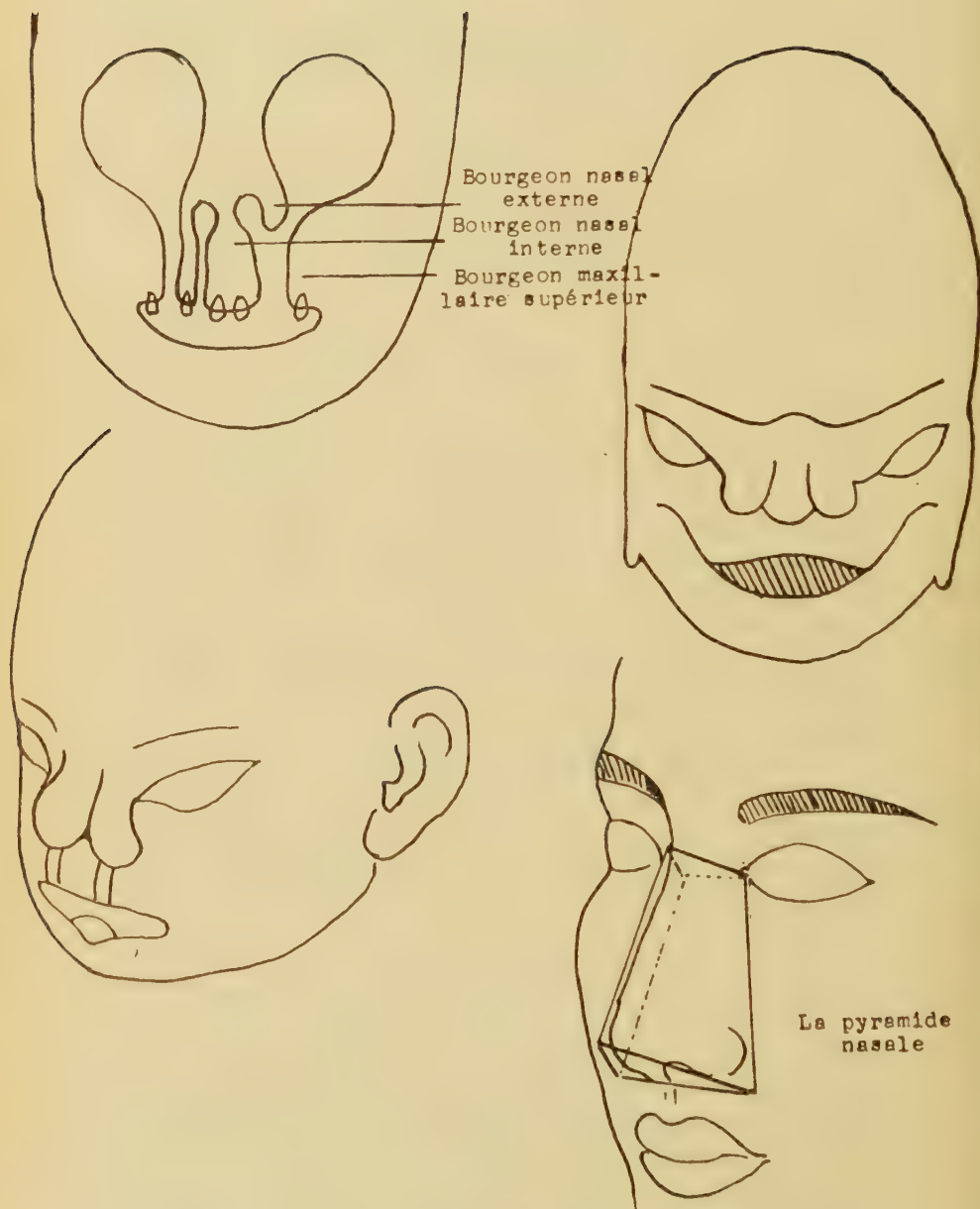
Le bourgeon frontal, né du cerveau antérieur, forme la voûte du stomodœum. Le bourgeon frontal se divise en trois bourgeons secondaires qui sont : latéralement : les deux bourgeons maxillaires supérieurs; au centre : le bourgeon nasal.

Les bourgeons maxillaires supérieurs viennent par migration en dedans s'accoler sur le bourgeon nasal qui se subdivise en bourgeon nasal interne et, latéralement, deux bourgeons nasaux externes. Le bourgeon nasal interne donne la pointe du nez, la columelle et les deux incisives centrales; les bourgeons nasaux externes formeront les ailes du nez et les incisives latérales. Entre les deux bourgeons nasaux externes et le bourgeon nasal interne existe un sillon (*fente olfactive*) qui se comble de haut en bas et superficiellement. Latéralement, les sillons lacrimaux se prolongent au-dessus de la narine jusqu'à la vésicule oculaire.

Les bourgeons maxillaires supérieurs se réunissent par leur base pour former le plancher de la fosse nasale. La cloison descend directement du bourgeon frontal jusqu'à la rencontre de la fissure médiane plattine qui se comble.

CONFIGURATION EXTÉRIEURE

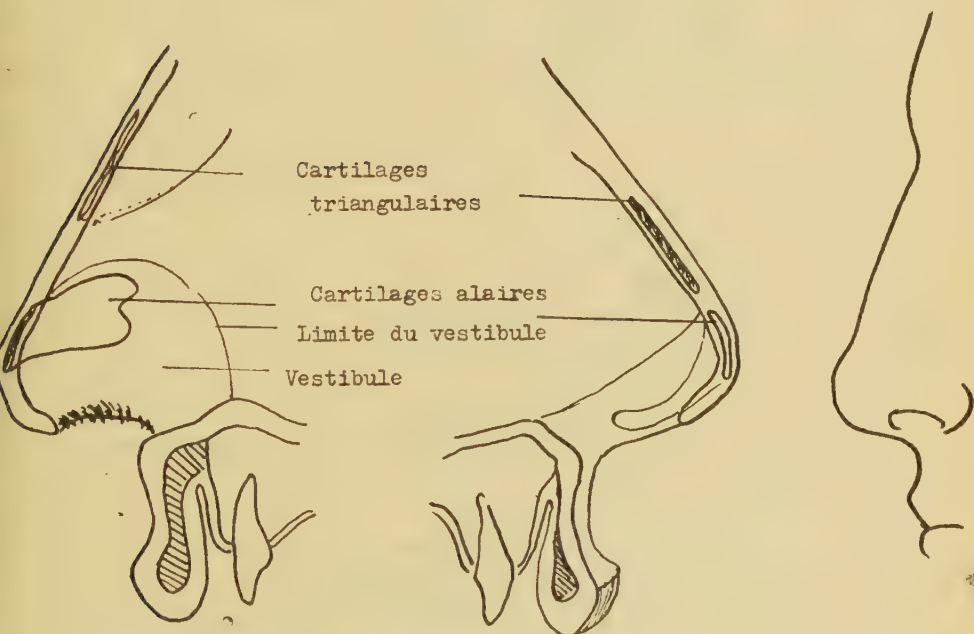
On assimile le nez à une pyramide tronquée avec une grande base correspondant aux narines, aux ailes et à la columelle, une petite base correspondant à l'espace inter-sourcilier et à la glabelle, deux faces latérales, et un bord antérieur correspondant à l'arête nasale; latéralement, en haut, le sillon naso-palpébral, puis le sillon naso-génien; en bas, le sillon naso-labial; sous la



base, un sillon vertical sous-nasal déprimé, plus ou moins large, le phyltrum, limité, en bas, par l'arc de Cupidon, au bord de la lèvre supérieure.

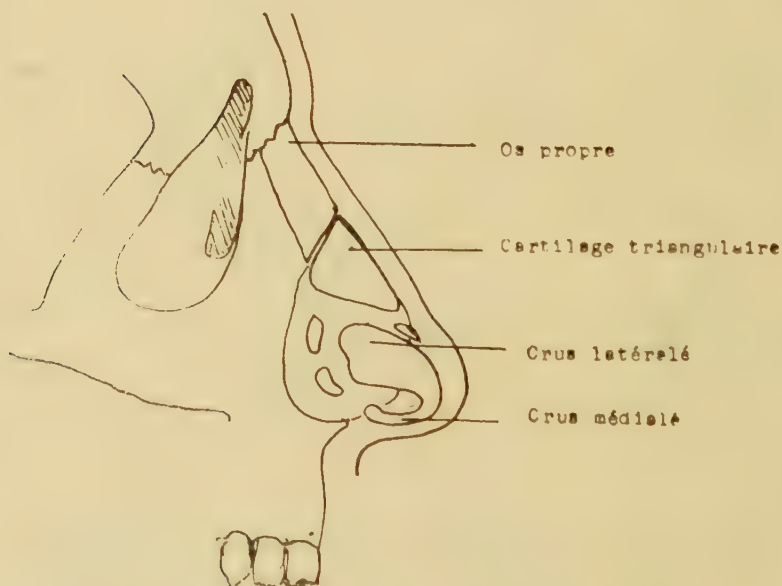
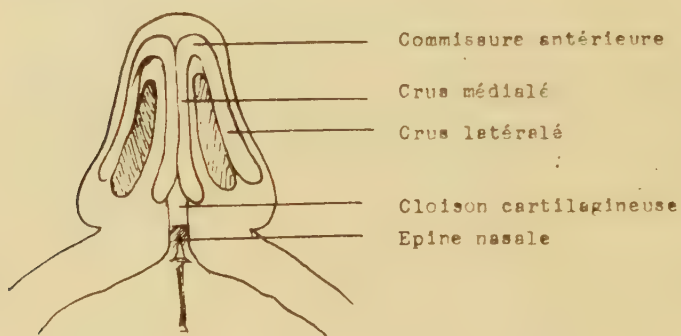
NEZ ET FOSSES NASALES

L'auvent nasal protège en haut la zone olfactive, en bas la zone respiratoire. La zone olfactive, abritée par les os propres du nez, est le siège des cellules senso-



rielles. La zone respiratoire consiste essentiellement en un vestibule de 2 cm. 5 environ de long, sur 1 cm. de haut et 1 cm. de large. Sa limite antéro-inférieure est représentée par l'orifice narinaire, sa limite postérieure par une ligne suivant le bord antérieur de l'orifice piriforme en bas, le bord inférieur du cartilage triangulaire en haut (*plica nasi*).

L'épine nasale du frontal est une apophyse triangulaire médiane, qui donne attache par ses faces latérales aux os propres.



La lame perpendiculaire de l'ethmoïde occupe environ le quart supérieur de la cloison nasale. Elle est articulée en arrière avec le sphénoïde et le vomer, en avant avec le cartilage quadrangulaire.

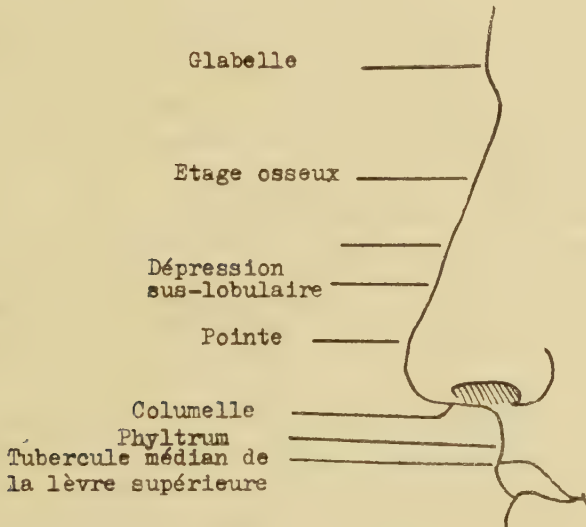
SQUELETTE ET CARTILAGES

1° LES OS PROPRES :

Accolés par leur bord interne, articulés en haut avec le frontal, presque soudés latéralement à la branche montante du maxillaire supérieur, ils représentent deux lames osseuses rectangulaires formant partie supérieure de l'auvent nasal. Ils sont plus ou moins soudés par leur bord inférieur au cartilage triangulaire.

2° MAXILLAIRE SUPÉRIEUR :

Les branches montantes continuent latéralement la face externe des os propres. Le bord antérieur limite en



avant l'orifice piriforme. Sa face interne présente les crêtes turbinales supérieure et inférieure pour les cornets moyen et inférieur. Dans son épaisseur se loge souvent le prolongement antérieur du sinus maxillaire.

En bas, le maxillaire supérieur, par ses prolongements horizontaux, forme le plancher des fosses nasales; en avant et au niveau de la suture, l'épine nasale du maxillaire supérieur.

Le vomer vient, par son extrémité antérieure, s'engrainer avec l'os sous-vomérien et le plancher osseux des fosses nasales.

3° LES CARTILAGES :

Le cartilage quadrangulaire répond, sur son bord antéro-supérieur, à l'épine dorsale et à l'arête du nez; par son bord antéro-inférieur, à la sous-cloison dont il reste distant, créant ainsi entre lui et la sous-cloison un hiatus mince, mobile, fait de l'accrolement des deux feuillets droit et gauche de la peau vestibulaire.

Son bord postérieur s'unit à la lame perpendiculaire de l'éthmoïde; son bord postéro-inférieur au vomer.

Entre la lame perpendiculaire de l'éthmoïde et le vomer existe un prolongement cartilagineux caudal qui peut atteindre le sphénoïde.

A la base de la cloison cartilagineuse, immédiatement en avant du vomer, existe le cartilage de HUSCHKE ou de JACOBSON.

Les cartilages triangulaires ou latéraux forment l'auvent cartilagineux nasal. Ils sont de dimensions variables : 1 cm. 5 sur 1 cm. environ, s'unissent par leur base aux os propres et par leur côté interne aux cartilages quadrangulaires dont ils sont aisément séparables.

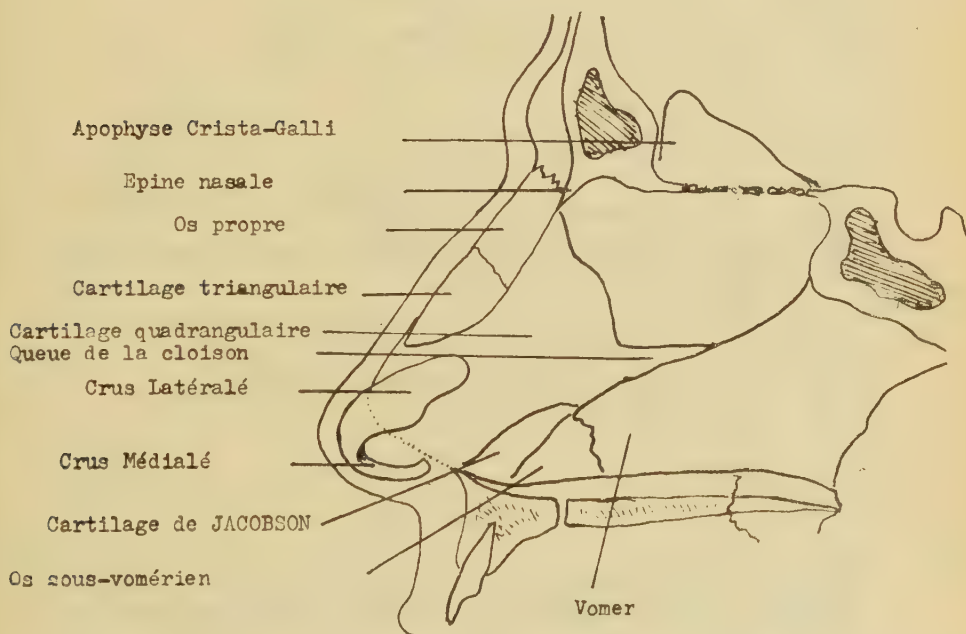
Les cartilages alaires conditionnent la forme de la pointe. Ils sont faits de deux parties, l'une médiane, soutenant la columelle, à coupe grossièrement triangulaire, d'environ 1 cm. de section : c'est le « crus mediale ». L'autre, latérale, supportant l'aile nasale, grossièrement triangulaire, à base externe : c'est le « crus laterale ». Les deux crus sont unis en avant d'une façon plus ou moins anguleuse, ce qui effile plus ou moins la pointe. Il est d'ailleurs à remarquer que le « crus laterale » est souvent libre par rapport au « crus mediale » et que sa dissection interne est souvent plus facile que sa dissection externe postérieure. Les narines restent ouvertes grâce à un soutien cartilagineux qui est

fait, en dedans, du « crus mediale »; en avant, de l'angle du cartilage alaire; en arrière, de cartilages accessoires, de position et de structure plus ou moins variables.

Le bord externe de la narine n'a donc pas de soutien cartilagineux.

LA PEAU

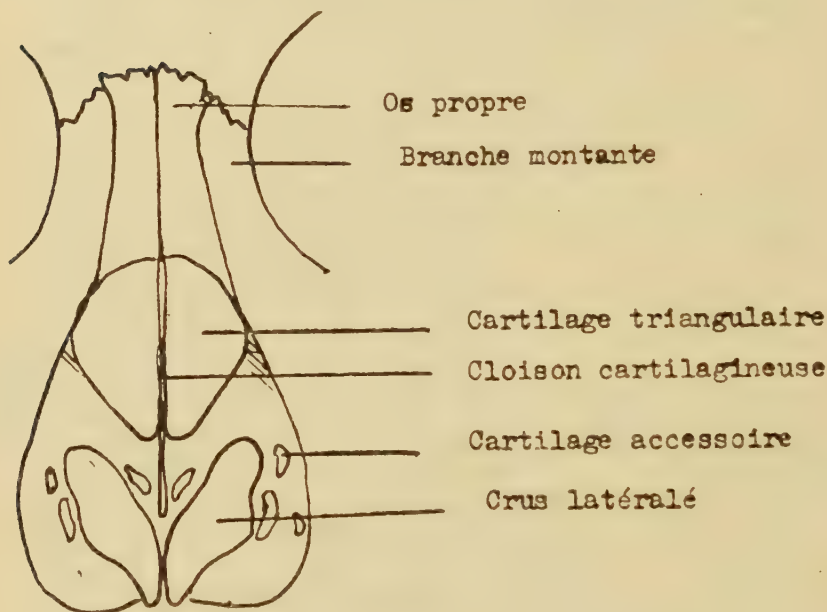
La peau qui recouvre le nez est d'aspect semblable chez la plupart des sujets, mais elle présente parfois une abondance particulière de glandes sébacées qui, sans



parler de cette prédisposition naturelle au développement ultérieur d'un rhinophyma, l'épaissit, surtout au niveau de la pointe. Ceci est un fait souvent désagréable lorsqu'il s'agit de palper un outil sous-cutané. Enfin, il arrive que, pensant être profond, on blesse la couche génératrice malpighienne. Cela se traduit par une

nécrose ultérieure. D'autre part, les peaux épaisses, grasses et acnéiques se moulent mal sur un reliquat cartilagineux et gardent une certaine induration pendant des mois. Il est classique de dire que la peau de la base du nez est fine, libre sur le plan osseux, que la peau de la pointe est plus épaisse et non mobile.

Sous la peau, existe un tissu cellulaire plus ou moins



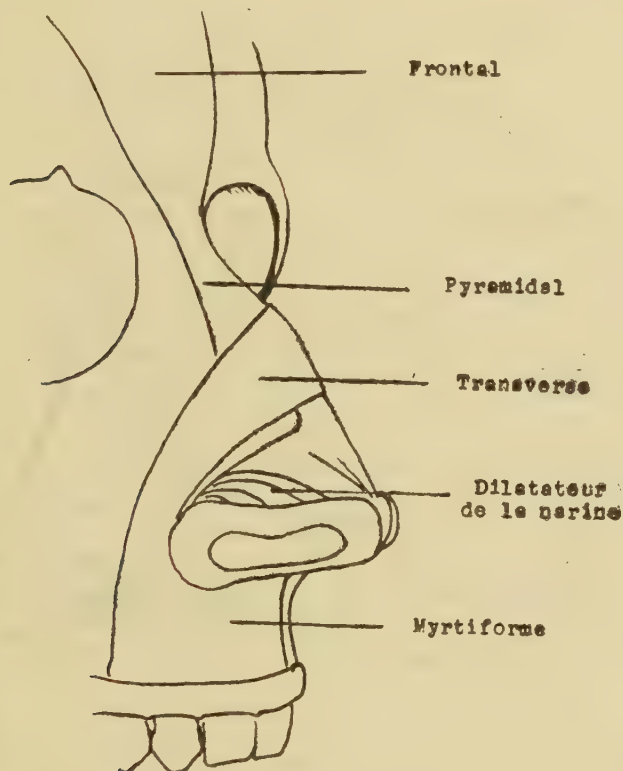
lâche, plus important à la base qu'à la racine du nez, et permettant par décollement les diverses voies d'abord chirurgical.

Ce tissu contient la plupart des vaisseaux nourriciers.

LES MUSCLES

Les muscles du nez font partie des peauciers de la face. Ils sont minces, lamellaires, et s'étendent de la face cartilagineuse ou osseuse externe à la face pro-

fonde de la peau. Il s'agit du transverse du nez, du dilateur des narines et du myrtiforme, issus de la même nappe musculaire, véritable fronde qui enserre l'auvent nasal et s'accroche de part et d'autre à la face profonde

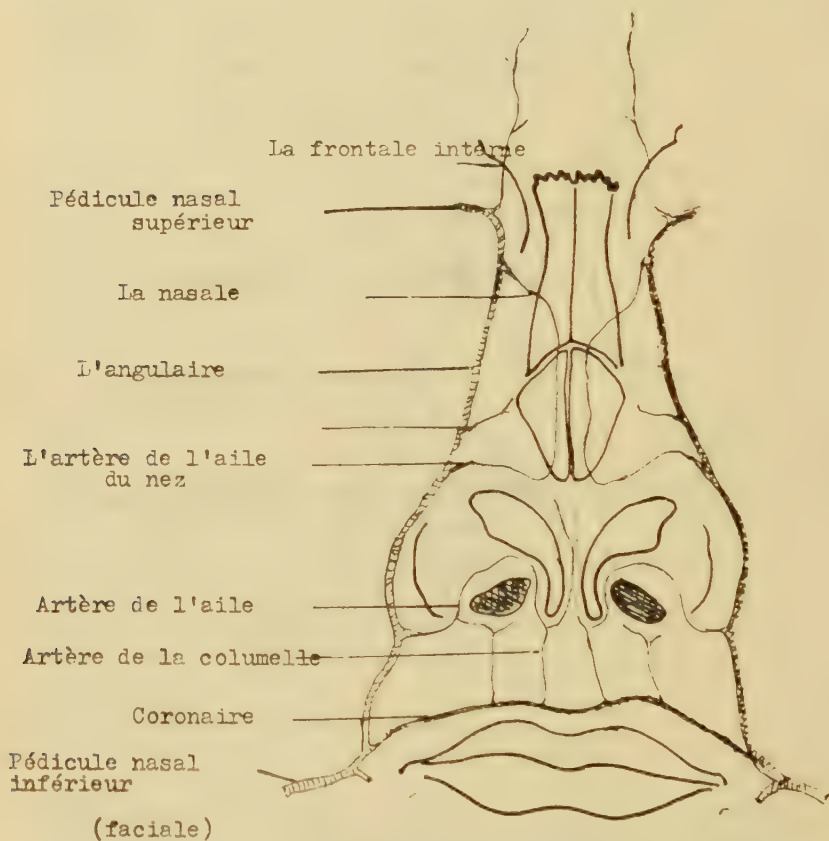


de la lèvre supérieure. A la base du nez, le pyramidal vertical fait suite aux fibres du frontal. Enfin, citons les releveurs superficiels et profonds de la lèvre supérieure et de l'aile du nez.

LA VASCULARISATION

Les artères. — Le réseau artériel très riche, mais disséminé, permet aux interventions de se faire avec peu ou presque pas d'hémostases. Ces artères sont nom-

breuses mais de petit calibre. Elles sont toutes issues, en bas, de la faciale qui fournit l'artère de l'aile du nez; en haut, de l'ophtalmique qui fournit la nasale interne. Enfin, les artères ethmoïdales antérieures et postérieures



et les artères sphéno-palatines fournissent la vascularisation des fosses nasales.

Les veines suivent à peu près le trajet des gros troncs artériels; les unes se jettent dans la faciale, les autres dans l'ophtalmique, et celles des fosses nasales sont tributaires du plexus pétérygoïdien et sphéno-palatin.

Les lymphatiques de la peau se jettent dans les ganglions parotidiens pré-auriculaires et les ganglions sous-maxillaires. Les ganglions de la fosse nasale se jettent vers les ganglions jugulo-carotidiens, par l'intermédiaire de deux relais, au niveau de la trompe d'Eustache et du cavum.

Les lymphatiques de la cloison se jettent directement dans les ganglions sous-maxillaires.

Innervation. — Elle est de trois ordres : motrice, sensitive, sensorielle.

Motrice, elle est assurée par le facial.

Sensitive : le nerf nasal externe donne la sensibilité à la racine du nez; le nerf naso-lobaire donne la sensibilité aux lobules; le nerf sous-orbitaire, branche du maxillaire supérieur, donne la sensibilité à l'aile du nez et au vestibule des fosses nasales. Les nerfs sphéno-palatins, branche du nerf maxillaire supérieur, se distribuent à la cloison, aux cornets supérieur et moyen. Le nerf palatin antérieur donne la sensibilité du cornet et du méat inférieurs; le nerf nasal interne, enfin, innerve la partie antéro-supérieure de la cloison.

Sensorielle : les filets de l'olfactif traversent la lame criblée et se terminent dans le bulbe olfactif.

L'INSTRUMENTATION

Bien que peu connue, l'instrumentation nasale esthétique est excessivement fournie et diverse.

Plus que partout ailleurs, elle est indispensable, doit être appropriée exactement aux besoins (puisque, plus que partout ailleurs, la réussite des interventions dépend d'abord de l'outillage, ensuite de l'adresse de l'opérateur). C'est pourquoi, utilisant les instruments existant déjà, la plupart des auteurs les ont modifiés à leur manière ou fait modifier, multipliant ainsi le nombre de ces instruments; et il est bien difficile, *a priori*, de savoir quels sont ceux qui sont très utiles, ceux qui le sont moins et ceux qui ne sortent jamais de la boîte d'instruments. C'est pourquoi nous en décrirons les principaux par ordre d'utilité, et nous ferons ensuite allusion à quelques outils de notre fabrication personnelle.

1° LES CISEAUX :

Nous nous servons le plus habituellement des ciseaux demi-courbes, genre ciseaux à amygdales, plus effilés, mais pointe ronde (ou ciseaux de STILLE).

Ces ciseaux nous servent d'abord à cliver, remplaçant ainsi le décolleur mousse, et, permettant de procéder par écartement, présentent l'avantage de libérer les adhérences, de ménager les voies d'abord facile, sans faire saigner, sans modifier les tissus.

Nous les utilisons ensuite pour sectionner les cartilages et la partie muqueuse de la cloison.

Ciseaux pointus, demi-courbes, à branches courtes : ils sont surtout utiles pour commencer le décollement de la peau vestibulaire à la face profonde des cartilages alaires.

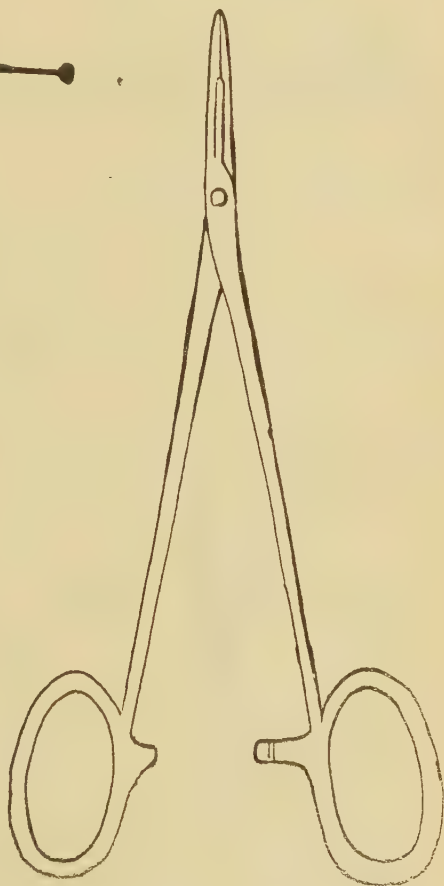
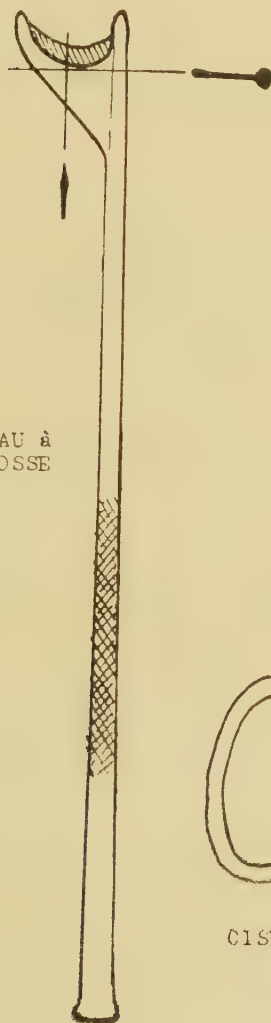
— Les ciseaux de MAYO.

— Petits ciseaux courbes, à pointes rondes, pour couper les vibrisses et les points intra-narinares.



CISEAU à
BRANCHE
MONTANTE

CISEAU à
BOSSE

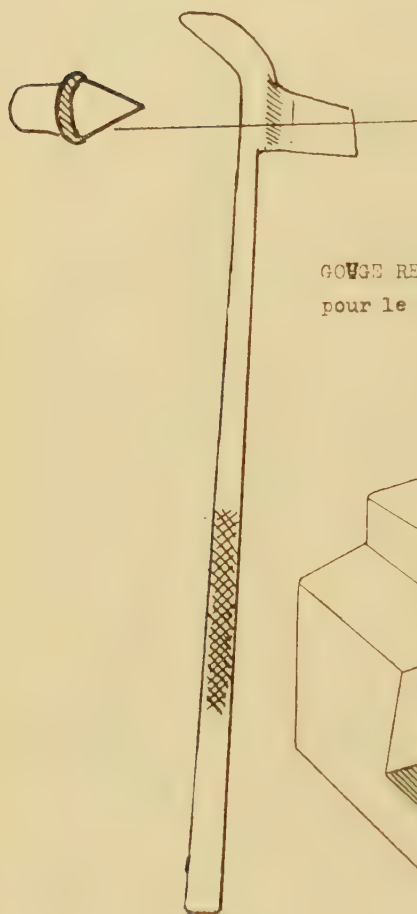


CISEAUX-PINCE-PORTE-AIGUILLE
CRANTES

2° LES PINCES :

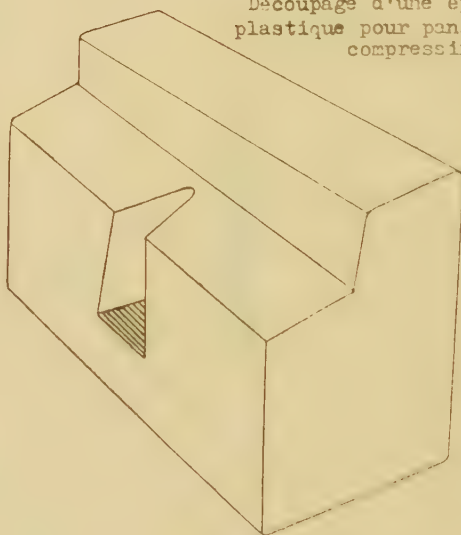
Une pince coudée oto-rhino. Quelques pinces de CHAPUT, indispensables pour saisir les bords des carti-

lages et la muqueuse, pour retirer une bosse sectionnée, pour introduire un greffon, pour extirper quelques



GOUGE RETROGADE à MARTELER
pour le prélèvement de greffon
cartilagineux

Découpage d'une éponge
plastique pour pansement
compressif



esquilles osseuses. Une pince droite, sans griffes. Une pince à griffes. Quelques Kocher; quelques petites Halstead à hémostases; quelques pinces de TERRIER et de PÉAN, et, enfin, quelques pinces à champ.

3° LES BISTOURIS :

Un bistouri droit, lancéolé, tranchant des deux côtés.

Un bistouri courbe, boutonné.

4° LES ÉCARTEURS :

Nous utilisons un écarteur à griffes de DUFOURMENTEL, un spéculum de PALMER et quelques crochets pointus.

5° LES RUGINES :

Nous n'employons qu'une seule rugine de SEBILEAU, longue.

6° LES RAPES ET LES SCIES :

Il existe plusieurs modèles de râpes. Nous en possédons une droite, à gros grain, de section demi-ovoïde, et la râpe courte d'AUBRY.

Nous avons utilisé quelquefois les scies en baïonnette droites et gauches, qui nous ont donné quelques difficultés d'emploi, de mise en place et de décrassage.

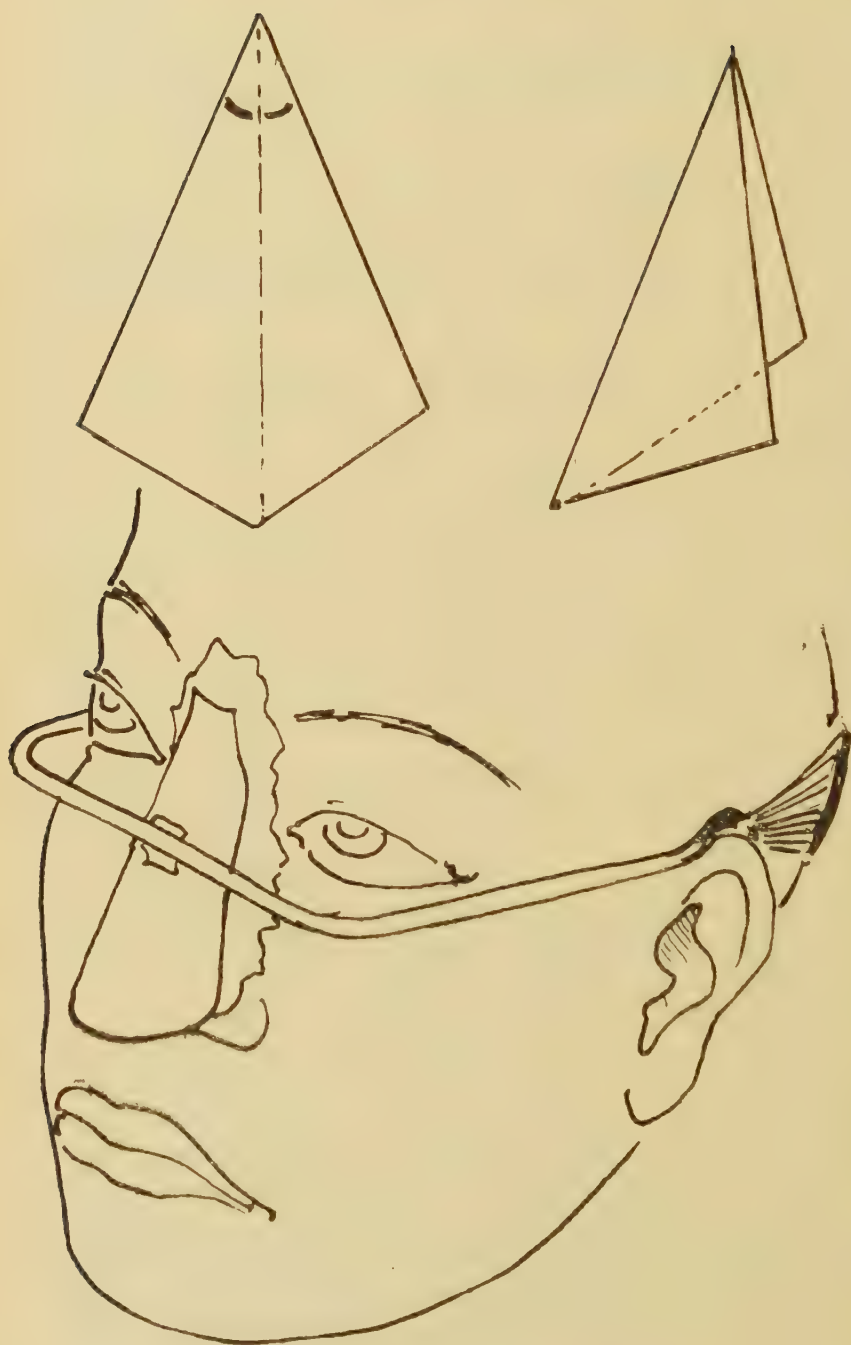
7° OUTILS COMPLÉMENTAIRES :

Il existe de nombreux modèles de ciseaux coupants, droits, courbes, en forme de gouge, avec épaulement ou non.

Grâce à la section franche qu'ils produisent sur l'os ou sur le cartilage par percussion à l'aide d'un marteau léger, ils permettent d'assurer un travail précis et ont été l'objet de nombreuses études.

Dans le souci de sectionner à la forme voulue et d'éviter le danger de perforation de la peau dans la progression de ces outils très contondants, on leur fait des épaulements, on émousse leur bord d'attaque pour ne laisser tranchant que leur partie médiane. Nous nous en servons à plusieurs fins : dans la section des bosses, dans la libération des os propres, dans la section des branches montantes, dans le prélèvement d'un greffon.

a) *Le ciseau à branche montante*, large de 3 mm., tranchant d'un côté, épaulé de l'autre par une olive de



SYSTEME de CONTENTION

2 mm. plus antérieure, qui permet de suivre la progression du ciseau sous la peau. Nous avons fabriqué nous-même cet outil en acier rapide, trempé sur le tranchant (nous nous sommes aperçu, à notre grande déception, qu'il figurait déjà au tableau des outils utiles, dans le rapport du congrès d'oto-rhino 1956).

b) *Le ciseau à bosse* ressemble grossièrement à une queue de poisson, décentrée par rapport à son axe, tranchante sur son bord de fuite, protégée par deux olives latérales; la tige, grâce à son excentration, passant par une des deux narines, permet d'attaquer la bosse de façon perpendiculaire à l'arête.

Nous en avons fabriqué de différentes dimensions et plus ou moins coudés pour être introduits partout où c'est utile et pouvoir exciser de l'os en un endroit déterminé de l'arête nasale.

c) *Le ciseau rétrograde* pour prélèvement de greffon cartilagineux,

d) *Le ciseau de GIGLY*, cranté, nous permet de poser des points rapidement et, une fois serré, ne perd pas son aiguille.

Nous n'avons jamais eu la chance d'utiliser la guillotine du Professeur AUBRY.

Nous n'avons jamais non plus utilisé l'aspiration.

8° LES APPAREILS DE CONTENTION :

Si la contention n'est pas toujours nécessaire, elle est souvent très utile, voire obligatoire, lorsqu'il s'agit de larges décollements cutanés, d'épanchements sanguins importants et d'œdèmes réactionnels volumineux. C'est sans doute le temps le plus difficile, bien que ce soit paradoxal. C'est le temps qui conclut l'intervention et qui nous permet d'assurer la réussite de celle-ci.

Le pansement doit être compressif : il permet d'évacuer les caillots et la sérosité réactionnelle; il permet de limiter l'œdème.

Mais, trop compressif, il entraîne une anoxie cutanée très dangereuse, car il détermine des zones de nécrose.

Il doit être compressif régulièrement, ne pas aplatir les téguments sur les zones osseuses et les laisser libres de toute compression en d'autres endroits. A cet effet, ont été inventés divers genres de contention :

Les plâtres, de préparation difficile et moulés sur le nez en fin d'intervention, par conséquent n'épousant pas exactement la forme du nez futur;

Les moulages classiques par imprégnation de collodion sur compresses ou d'une solution d'acétate de cellulose;

Le dièdre d'aluminium ou de laiton, découpé à la forme approximative de l'auvent nasal, et maintenu sur celui-ci à l'aide de bandelettes de sparadrap. C'est une méthode très employée, avec ou sans sparadraps sous-jacents collés directement sur la peau (GALTIER, AUBRY).

Pour avoir une meilleure compression, nous avons préparé des formes en laiton que nous appliquons et que nous maintenons grâce à une simple bande Velpeau passée sous la pointe et sur l'arête autour de la tête. Ce pansement dure 24 heures. Etant donné qu'il est pénible pour le malade de supporter d'avoir les yeux fermés pendant ces 24 heures, nous avons imaginé de souder sur les formes une barre transversale métallique aux extrémités de laquelle viennent se fixer de simples caoutchoucs faisant le tour du crâne.

Lorsqu'une intervention a nécessité de gros délabrements, il est intéressant d'avoir une compression uniforme que l'on obtient difficilement avec des compresses roulées dans les plis naso-jugaux. Nous avons imaginé de découper une éponge plastique en forme de moule femelle de l'auvent nasal. Cette éponge est placée sur le nez et légèrement comprimée par une bande Velpeau faisant le tour de la tête. Le pansement est laissé 24 heures. De toutes façons, rien n'empêche l'œdème réactionnel de se produire et la compression prolongée risque de provoquer des nécroses.

ANESTHESIE

Deux grands modes d'anesthésie sont à envisager : l'anesthésie locale et l'anesthésie générale.

Les progrès récents de l'anesthésie modifient un peu la conception que l'on pouvait avoir de l'application de l'anesthésie à la chirurgie esthétique en général.

En effet, cette chirurgie de luxe ne pouvait pas supporter d'accidents, et *a fortiori* d'accidents liés à l'anesthésie. C'est pourquoi on est resté pendant de nombreuses années convaincu de la nécessité de l'anesthésie locale à propos du plus grand nombre possible d'interventions de chirurgie esthétique courante. Or, il se trouve actuellement qu'une anesthésie générale bien conduite, avec l'intubation trachéale pratiquée par un spécialiste, ne présente pour ainsi dire plus aucun risque; elle est même encore plus sûre que l'anesthésie locale.

Le sujet est préparé localement, deux ou trois jours avant l'intervention, par des instillations nasales de gouttes éphédrinées, de collargol, argyrol, ou toute autre solution d'argent colloïdal.

Un examen pré-opératoire s'impose : cœur, poumons, reins, examen des fosses nasales et du cavum.

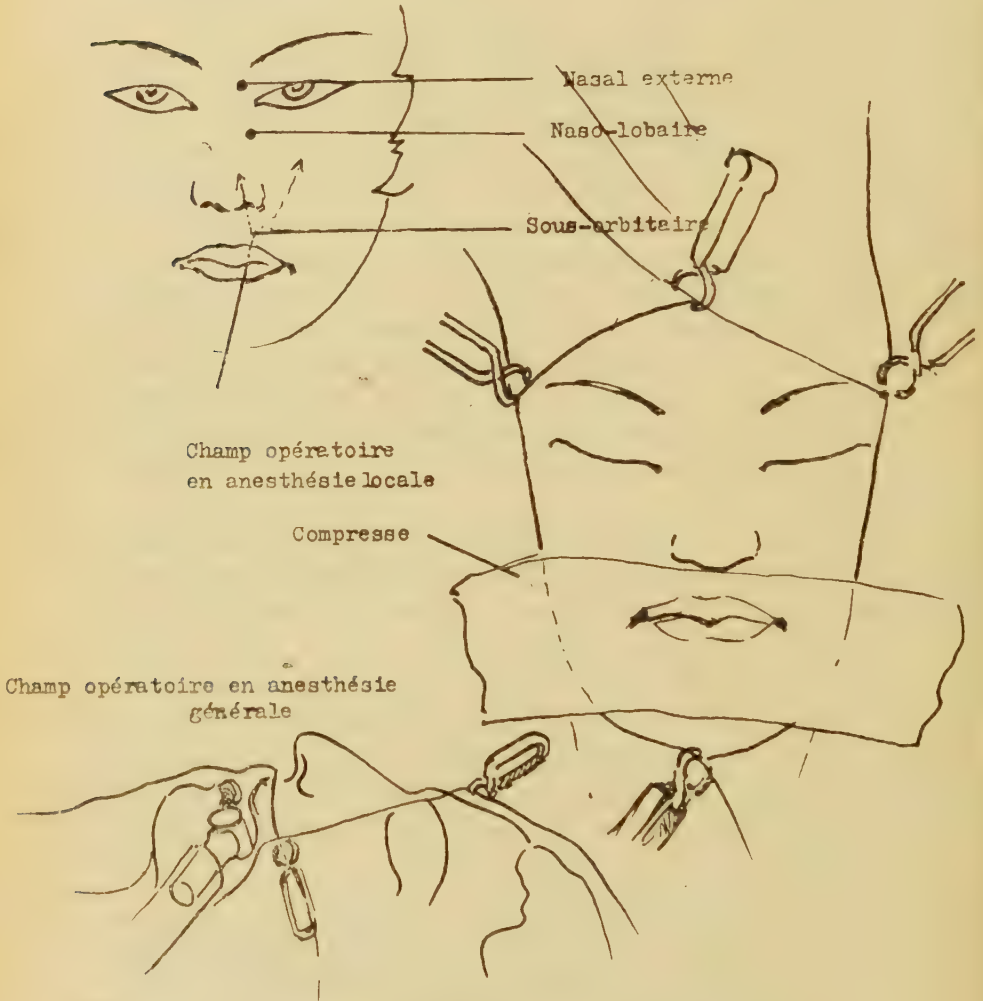
PORTMAN conseille de désinfecter les fosses nasales en mettant dans chaque narine, huit jours avant l'intervention, gros comme un pois de la pommade cocaïno-adréalinée :

- Adrénaline au millième : cinq gouttes;
- Chlorhydrate de cocaïne : quinze centigrammes;
- Menthol pulvérisé : cinq centigrammes;
- Acide borique : 1 gramme;
- Vaseline : 15 grammes.

Le mélange permet d'avoir une hémostase spontanée le jour de l'intervention.

L'ANESTHÉSIE LOCALE

La préparation du malade se fait par les procédés habituels (phénergan, morphine, scopolamine ou atropine).



On se sert de la solution de novocaïne à 1 pour 200 adrénalinée ou non avec la solution à 1/1.000.

L'anesthésie se fait en trois régions qui correspon-

dent aux trois innervations principales de la pyramide nasale :

1° A l'émergence du nasal externe, dans l'angle du sourcil et de la racine du nez, environ 2 cm³ de préparation de chaque côté;

2° Dans le territoire naso-lobaire branche du nasal interne, sur les faces latérales de la pyramide, à la partie moyenne, de 1 cm³ de chaque côté;

3° Dans le territoire du sous-orbitaire, en passant sous la lèvre supérieure, à 1 cm. en dehors du frein ou directement trans-cutané. L'aiguille verticale pénètre, d'une part dans le sillon naso-génien en dehors de la narine : on injecte 2 cm³; d'autre part, sans l'enlever, après l'avoir retirée légèrement, on la pousse vers le plancher des fosses nasales et la face interne de la paroi latérale : on injecte 1/2 à 1 cm³ de liquide.

On complète cette anesthésie régionale par une anesthésie au tampon dans les fosses nasales en employant un mélange adrénaliné.

Cette anesthésie régionale systématique entraîne une excellente insensibilité du nez. Elle présente sur l'anesthésie locale, par simple infiltration, le gros avantage de ne pas déformer la région, ce qui facilite considérablement les interventions correctrices et esthétiques.

L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Le malade est alors confié à un médecin anesthésiste qui pratique la narcose, sans que l'opérateur ait à s'en occuper. On préfère ce mode d'anesthésie lorsqu'il s'agit de gros délabrements à effectuer et même, parfois, ce sont les sujets qui le demandent, ayant le mauvais souvenir d'une intervention pratiquée sous locale.

L'anesthésie générale se fait sous intubation. A la sortie du tube, on peut introduire un coude à angle droit qui permet d'avoir un champ libre au-dessous des nari-

nes. Le tube est introduit dans le larynx après curarisation suffisante et isolée des voies aériennes supérieures par un tamponnage serré du pharynx. Lorsque des interventions complexes associent une chirurgie endo-nasale avec une excision de bosse, par exemple, il est commode de commencer le temps endo-nasal sous anesthésie locale adrénalinée, puis de pousser l'anesthésie et, au besoin, d'intuber en cours d'intervention pour terminer le temps restaurateur esthétique beaucoup plus traumatisant.

L'intervention sous anesthésie générale en hypotension contrôlée ne présente pour ainsi dire pas d'intérêt en esthétique nasale car, lorsqu'il s'agit d'une chirurgie fine de la pointe, le saignement ne gêne pas l'intervention et le modelage, et une intervention plus traumatisante ne nécessite pas, le plus souvent, la vue endo-nasale. Le travail se fait entièrement à l'aveugle et par palpation.

LES INTERVENTIONS

LES NEZ BOSSUS

Les déformations aboutissant à la convexité de l'arête nasale sont multiples, et seule reste intéressante la classification suivant le siège anatomique de la convexité : osseuse, cartilagineuse, osseuse et cartilagineuse à la fois.

En effet, seule cette classification présente un intérêt, car le mode d'intervention sera différent s'il s'agit d'os ou de cartilage.

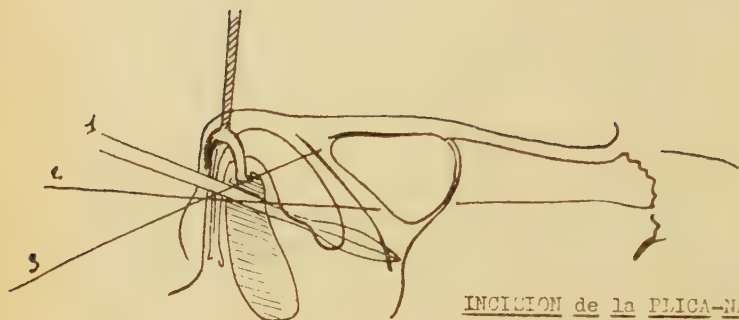
La convexité la plus fréquemment rencontrée est celle qui intéresse l'os et le cartilage à la fois.

Nous prendrons donc cette forme de nez bossu comme type de description dans l'intervention qui va suivre.

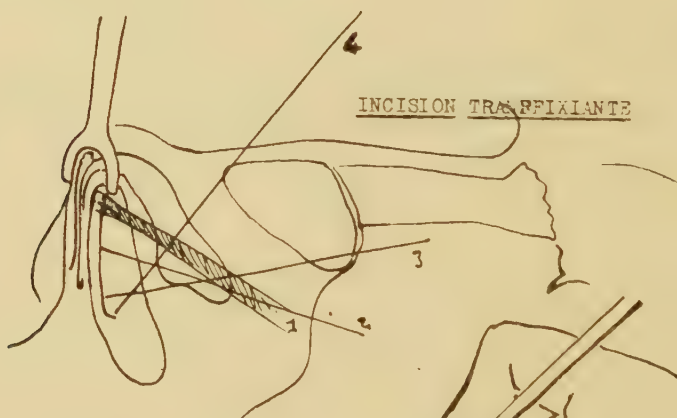
Le malade est endormi ou préparé comme nous l'avons décrit au chapitre précédent.

La plupart des auteurs pratiquent l'incision dite n° 3, vestibulaire et bien décrite par GALTIER. De là, grâce à des ciseaux fins, à bouts mousses et courbes, ou à un décolleur non tranchant, ils clivent la peau et le tissu cellulaire de la paroi cartilagineuse d'abord, osseuse ensuite. Ce décollement est prolongé assez loin sur les faces latérales de la pyramide, assez haut jusqu'au niveau de la glabelle, et ceci des deux côtés.

Certains attachent une grosse importance au décollement périosté à la rugine et à la section de la bosse sous-périostée. Pour notre part, nous n'avons jamais su nous rendre compte si le périoste était ou non décollé et les vérifications à ciel ouvert, sur le cadavre, nous ont montré que toute manœuvre à la rugine, si délicate soit-elle, entraîne une déchirure du périoste et le refoule, plutôt qu'elle ne le décolle.



INCISION de la PLICA-NASI

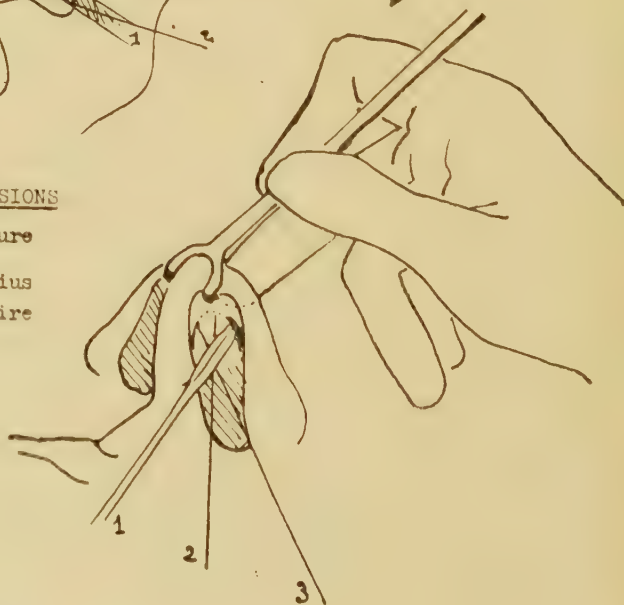


INCISION TRANSFIXANTE

REUNION des DEUX INCISIONS

à la commissure antérieure

- Notons la position du médius dans l'éversement narinaire



Une fois que la bosse est totalement libre d'adhérence cutanée, on la sectionne sur un plan parallèle à l'arête nasale, grâce à certains procédés.

1° *La scie droite et gauche de JOSEPH*, introduite avec ou sans protecteur le long de la face latérale, on l'anime d'un mouvement de haut en bas en vérifiant sa progression et son enfoncement dans la paroi latérale par palpation cutanée. Elle s'encrasse vite, est d'un maniement délicat et surtout ne permet pas de couper la bosse d'un seul coup, ce qui fait que le méplat de l'arête restante se trouve souvent plus haut d'un côté que de l'autre, ou bien que les deux sections ne sont pas rigoureusement parallèles. D'autre part, on est toujours obligé de passer un bistouri boutonné sous la bosse avant de l'enlever, pour sectionner le reste de la cloison non sciée.

2° *Le ciseau*. — Il existe de nombreuses variétés de ciseaux à marteler, soit dans le sens direct, soit dans le sens rétrograde, pour sectionner une bosse cartilagineuse ou osseuse. L'inconvénient réside surtout dans les possibilités de perforation cutanée.

C'est pourquoi la guillotine du Professeur AUBRY, montée sur amygdalotome de SLUDER, présente l'avantage d'un ciseau tranchant glissant entre deux gouttières protectrices. Pour notre part, nous nous servons d'un ciseau à action directe largement protégé par deux olives latérales, dont nous avons donné la description au chapitre de l'instrumentation.

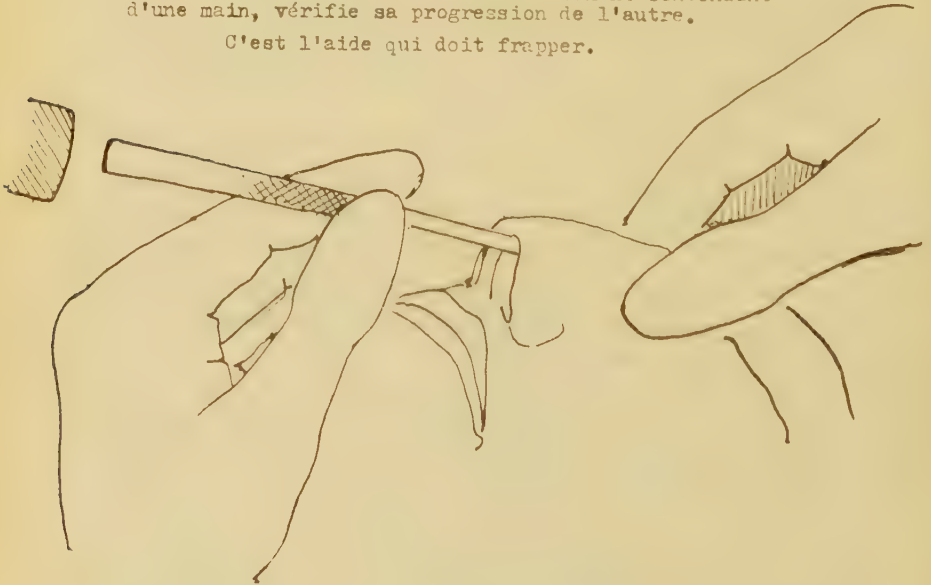
Ce ciseau est introduit horizontalement par rapport à l'arête, maintenu d'une main et suivi, dans sa progression sous-cutanée, entre le pouce et l'index de l'autre main. *C'est l'aide opératoire qui frappe sur le ciseau.*

L'introduction du ciseau est souvent difficile à cause de l'accrochage des deux olives latérales. Nous avons imaginé à cet effet un « protecteur » métallique que l'on dégage de la surface tranchante après l'intro-



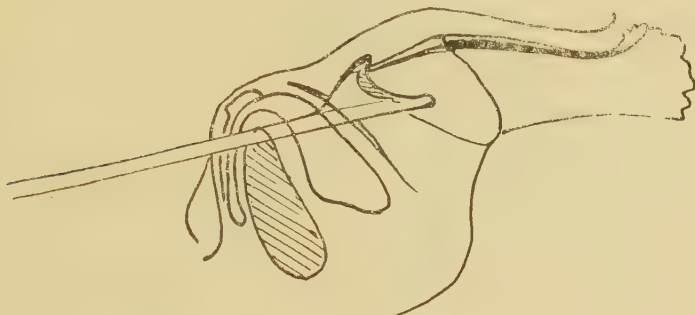
Le CLIVAGE SOUS-CUTANÉ

L'opérateur maintient l'instrument contondant
d'une main, vérifie sa progression de l'autre.
C'est l'aide qui doit frapper.

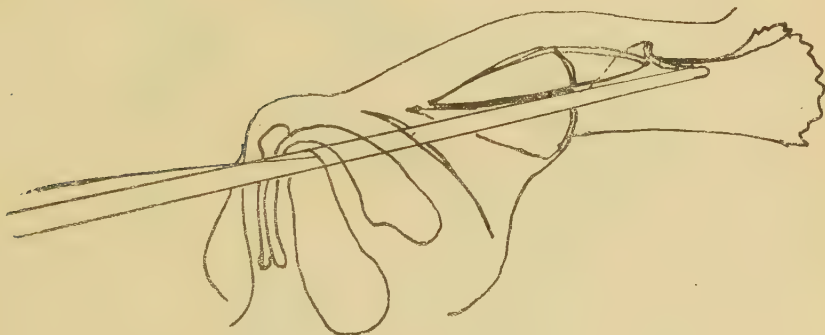


duction du ciseau. Le protecteur est retiré à l'aide d'une pince de CHAPUT.

La bosse est donc sectionnée par ce procédé d'une façon plane et parallèle à l'arête nasale, jusqu'à la base du nez; puis, elle est retirée grâce à une pince



SECTION de BOSSE au CISEAU DIRECT

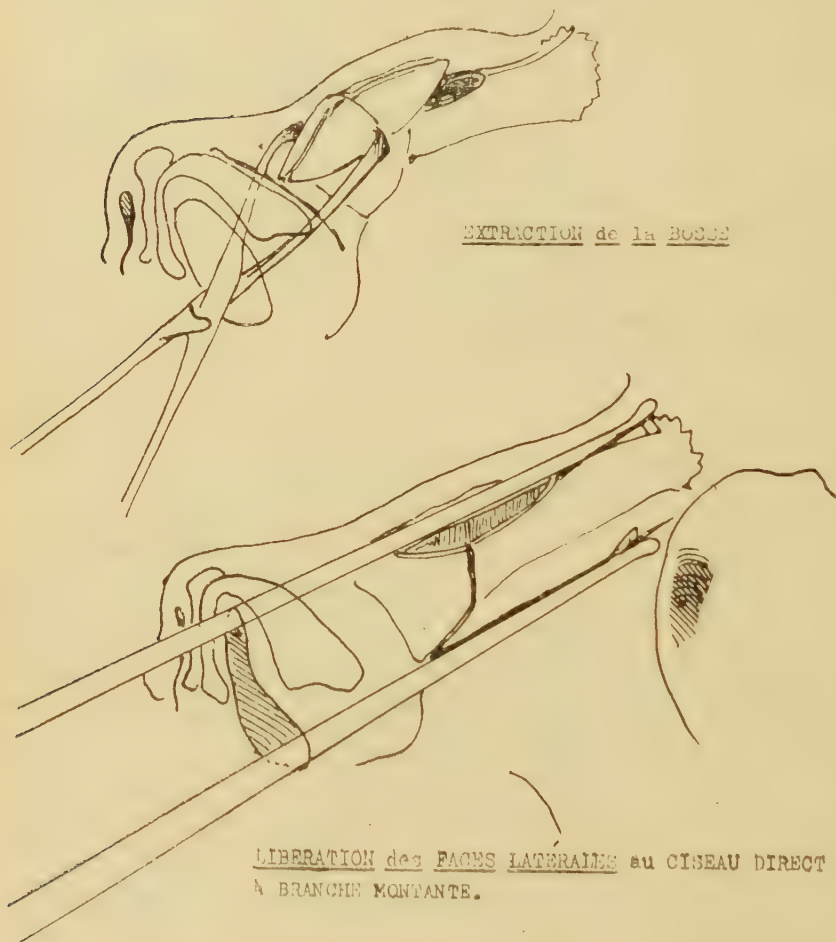


porte-greffon ou, plus simplement, avec une pince de CHAPUT.

Elle présente, dans les bosses mixtes, une partie cartilagineuse et une partie osseuse faite d'une partie des deux os propres, des cartilages triangulaires et de la cloison.

Si la bosse est faible, la simple régularisation de

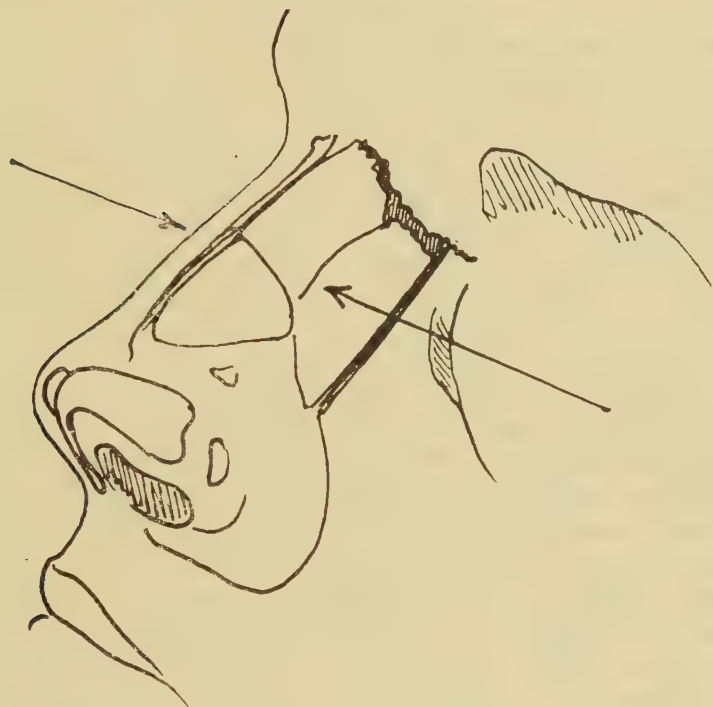
l'arête nasale à la râpe suffit. Si, par contre, la bosse est importante et large, il subsiste un méplat que l'on doit réduire. Pour cela, on se sert du ciseau à branche



montante en forme de V dont l'olive mousse peut être suivie sous la peau. On l'introduit d'abord d'une façon médiane entre les os propres et on l'enfonce par petits coups secs jusqu'à ce que le marteau rencontre la résis-

tance caractéristique du frontal. Puis, par un jeu latéral, on disloque légèrement les os propres.

La même opération est pratiquée le long de la face latérale de la pyramide nasale, par section des branches montantes, jusqu'à environ 3 millimètres en avant



MOBILISATION et RÉDUCTION

de l'ÉPAISSEUR de l'ARÊTE

de la commissure de l'œil. La mise en place du ciseau se fait après incision du bord latéral de l'orifice piriforme (en bas et en dehors). Nous nous servons plus volontiers des ciseaux de Mayo qui, glissant sur la paroi externe des fosses nasales d'arrière en avant, produisent un ressaut lorsque, entr'ouverts, l'une de leurs

deux branches passe en dehors de l'orifice piriforme.

On sectionne alors la muqueuse, on peut mettre le ciseau en place; il ne glisse ni au-dessus, ni en dessous, car transversal dans l'incision; ni en dedans, ni en dehors, car à cheval sur le bord antérieur de la branche montante. Les coups de maillet et la vérification de son glissement sous-cutané vont le faire progresser jusqu'au niveau de la commissure de l'œil.

La même opération sera répétée des deux côtés, en ayant bien soin de ne pas être ni d'un côté, ni de l'autre, trop antérieur (ce qui aboutirait à une disgrâce visible après rapprochement des faces latérales), trop postérieur (ce qui, sans parler de la section du prolongement antérieur du sinus maxillaire, ne permettrait pas de sectionner entièrement l'épaisseur de la branche montante et risquerait de blesser le sac lacrymal).

Les faces latérales ne tiennent plus alors que par leur insertion frontale, dont elles sont aisément disloquées. Il suffit de comprimer le nez entre le pouce et l'index; l'opération est alors terminée. Il faut néanmoins comprimer suffisamment pour évacuer les caillots de haut en bas. Il faut vérifier l'aspect de l'arête nasale (coup de râpe à donner, esquille osseuse à retirer, éviter la déformation dite « en bec de corbin » grâce à quelques coups de ciseau courbe donnés immédiatement au-dessus de la pointe). Si la mobilisation est difficile, on peut encore désinsérer l'auvent en passant par le sourcil.

Il est habituel de poser sur l'incision un ou deux points qui assurent une relative fermeture. Dans les résections de bosses, nous n'en avons jamais posé, pensant ainsi avoir un meilleur drainage de la plaie.

Il reste à nettoyer les fosses nasales et à placer dans chaque narine, le plus souvent, un doigtier de caoutchouc enduit d'huile goménolée à l'intérieur duquel on a comprimé une mèche.

PANSEMENTS ET SUITES OPÉRATOIRES :

Le pansement est un moyen de contention. Il est donc excessivement important et ne saurait être négligé.

Malheureusement, le nombre des procédés utilisés jusqu'à présent montre certaines difficultés d'application. Certains ont employé le plâtre moulé, d'autres les moulages plastiques.

Les stents ou toute cire de dentisterie peuvent faire office de moulages post-opératoires et d'appareils de contention.

Il est classique de laisser le pansement quatre jours sans aucune manipulation; ceci lorsqu'on a eu à libérer totalement les os propres et une partie des branches montantes. Lorsque l'intervention n'a pas nécessité de telles mobilisations, on peut retirer le pansement compressif 24 heures après.

Il n'a eu pour but, à ce moment, que celui d'arrêter l'épanchement sanguin. L'œdème, dans les heures qui suivent, va apparaître et envahir les sillons naso-jugaux et les paupières. Il peut être plus ou moins volumineux et aller jusqu'à l'occlusion complète des yeux. L'ecchymose, plus tardive, traduit la diffusion de l'épanchement dans les tissus cellulaires sous-cutanés lâches des paupières. Lorsque la compression a été insuffisante pendant les premières heures, l'ecchymose apparaît alors sur la crête nasale elle-même (ce qui doit être considéré comme une complication, car elle disparaît beaucoup plus lentement sur la crête nasale que sur les paupières et aboutit malheureusement souvent à des modifications de teinte de la peau). Après le pansement, on enlève les bouchons narinaires.

Il est exceptionnel de voir survenir un *accident infectieux* : il se traduirait par les signes généraux de l'infection et, localement, une tension douloureuse de la pointe avec une rhinorrhée. S'il y a eu des fils posés, on les enlève au bout de quatre ou cinq jours.

La nécrose cutanée post-opératoire représente une

complication grave du point de vue esthétique. Elle se produit pour deux raisons :

1° On est passé trop près de la peau dans le décollement, détruisant ainsi la couche vasculaire. On a voulu diminuer l'épaisseur des téguments, surtout au niveau de la pointe, et enlever par en dessous quelques globules graisseux, le plus souvent par arrachement (on a blessé la couche malpighienne) ;

2° Le plus souvent, la nécrose cutanée est due à la compression partielle d'un pansement mal fait, que ce soit une plaque métallique, que ce soit le pli d'une compresse, que ce soit enfin l'intolérance au sparadrap, collé directement sur la peau du nez.

Dans les complications médiates, nous parlerons d'une seconde catégorie d'œdème, décrit par certains auteurs comme apparaissant tardivement ; par d'autres, plus tôt, dans le mois qui suit l'intervention : œdème dont la multiplicité des théories pathogéniques montre le caractère de son origine peu connue.

PEYRUS incrimine ce qu'il appelle la méiopragie vasculaire, certaines dispositions anatomiques des cartilages, une technique opératoire brutale, une insuffisance thyro-ovarienne, l'acrocyanose, le terrain déficient.

GALTIER parle d'un gonflement secondaire transitoire. Il semble que cet œdème d'apparition tardive est rebelle, tenace, organisé. Divers moyens ont été employés pour lutter contre lui : la radiothérapie anti-inflammatoire, interventions sous couvert de cortisone, l'injection locale d'hydro-cortisone ou de hyaluronidase.

En fait, il semble que ces œdèmes apparaissent sur des nez n'ayant pas totalement dégonflé après la première manifestation œdémateuse traumatique. C'est pourquoi les compresses d'eau très salée, les fumigations antiseptiques légères, doivent être entreprises très tôt après la levée du pansement, afin d'éviter la persistance d'un œdème qui s'organise.

Les complications tardives résident en la formation d'un cal exubérant qui serait dû à la mauvaise rugination du périoste. On retrouve ces cals plus fréquemment chez le sujet jeune. Il ne faut, dans ce cas, jamais se hâter de réintervenir. Un défaut cartilagineux peut réapparaître sous les téguments après plusieurs mois de dégonflement lent. L'exubérance fibreuse n'est que le reliquat de l'œdème organisé post-traumatique.

On peut compter sur la rétraction cicatricielle des incisions intra-nasales pour modifier l'apparence extérieure. Cela est très difficile et, pour ainsi dire, imprévisible pour chaque sujet. La rétraction cicatricielle doit être le plus souvent considérée comme une complication, car elle aboutit à des modifications de la pointe surtout, parfois à des diminutions telles de l'orifice narinaire qu'elle entraîne, pour GALTIER, la nécessité d'une plastie intra-vestibulaire. Il faudra donc toujours se garder de faire des incisions circonférencielles.

Disons enfin deux mots de la névralgie post-opératoire qui reste exceptionnelle, sans doute d'origine sympathique, coïncide avec des troubles vaso-moteurs. Elle est le plus souvent tolérable à type de prurit et intéresse la région orbitaire et sus-orbitaire.

LES NEZ ENSELLÉS

Les nez ensellés sont fréquents mais, cependant, mieux tolérés que les nez convexes, et beaucoup de sujets portant des nez totalement effondrés (résections sous-muqueuses de cloison souvent) supportent leur nez facilement, sans jamais s'en découvrir le complexe. C'est pourquoi la réparation esthétique d'un nez ensellé nous est beaucoup plus rarement demandée que celle d'un nez convexe, et même plus rarement demandée que les modifications de la pointe.

Le nez ensellé est le nez dont l'arête est concave vers l'avant, en un point ou en un autre, ou sur toute hauteur. Il existe donc des ensellures aux dépens du

tissu osseux, d'autres aux dépens du tissu cartilagineux, d'autres aux dépens de tout squelette.

GALTIER associe au traitement chirurgical de ces ensellures celui du manque de soutien de la pointe, ce qui lui permet d'étudier les différents greffons de comblement de l'arête et de soutien de la pointe.

Le manque de substance doit être comblé soit par une greffe, soit par une inclusion plastique bien tolérée.

LES GREFFES :

Elles peuvent être cartilagineuses ou osseuses.

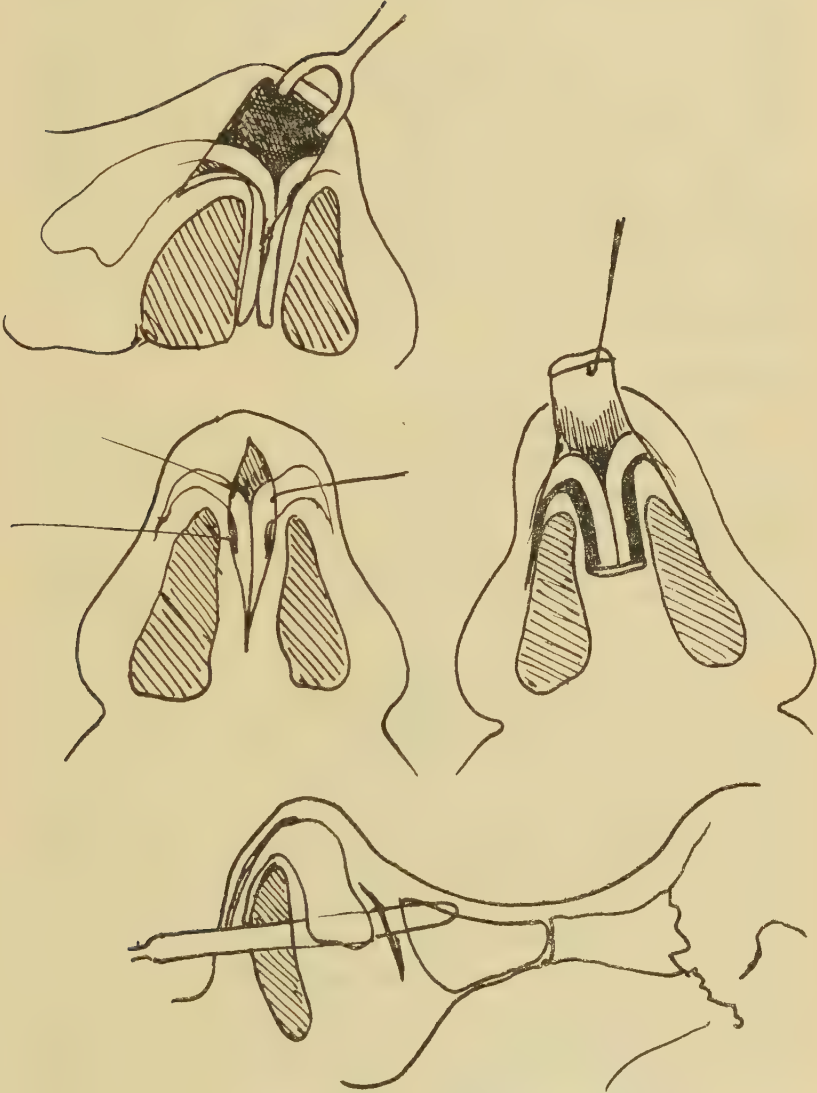
Cartilagineuses, elles s'adressent à une ensellure de la partie cartilagineuse de l'arête. On prend le cartilage épais habituellement au niveau de l'appendice xyphoïde ou latéralement sur le cartilage costal des 7^e, 8^e, 9^e côtes. Après une incision franche oblique en bas et en dehors d'environ 6 cm., on rugine l'aponévrose d'insertion du grand droit, puis le périchondre. Le prélèvement du greffon se fait soit au bistouri, soit à l'aide d'une gouge en V ou en U. On doit avoir soin d'en prendre suffisamment de façon à pouvoir retailler à la forme désirée. La fermeture se fait en un plan. Le cartilage, plus fin, lamellaire, peut être excisé au niveau de la conque de l'oreille. On peut se servir du cartilage nasal lui-même (Crus laterale) pour combler de petites dépressions (méthode de l'aile volante de CONVERSE).

Osseuses, elles conviennent particulièrement au comblement des dépressions hautes. On emploie un morceau de la crête tibiale ou un prélèvement d'os spongieux immédiatement au-dessous de la crête iliaque, ce qui permet de ne pas avoir de cicatrice sur la jambe et, en outre, d'avoir un greffon dont la taille est plus facile et la prise plus rapide (os spongieux).

Enfin, on peut se servir des cartilages conservés qui donneraient les meilleurs résultats.

LES PLASTIQUES :

On s'est attaché depuis de nombreuses années à



DIFFERENTES VOIES d'INTRODUCTION
de GREFFON

faire des inclusions nasales d'un matériel étranger. Ne parlons pas des inclusions de paraffine, des nombreuses intolérances (paraffinomes), du celluloïde, puisque totalement abandonnées actuellement à cause de nombreux échecs. Nous avons vu durant nos études un camarade de Faculté qui s'était fait rectifier le nez par un éminent chirurgien parisien. On avait utilisé un dièdre en méthacrylate de méthyle parfaitement toléré, malheureusement transparent.

Il semble bien que l'auto-greffe, dans cette chirurgie prudente, doit prendre la première place des transplants utilisés.

TECHNIQUE :

Il semble qu'on ait, la plupart du temps, intérêt à prélever le greffon avant de toucher au nez. Il est donc taillé grossièrement et mis en réserve dans du sérum physiologique.

Il s'agit, ensuite, de pratiquer, au contact du squelette ostéo-cartilagineux, la loge destinée à recevoir le greffon.

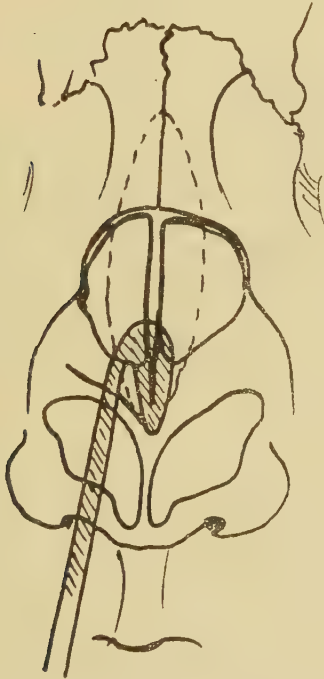
Il existe plusieurs voies d'abord :

1° Il s'agit d'une dépression haute n'intéressant qu'une partie du squelette cartilagineux.

On passe par la voie vestibulaire, entre cartilage alaire et cartilage triangulaire. On décolle le plan cutané jusqu'à la base de la pyramide et de la façon la plus médiane possible. Le clivage se fait de préférence avec un décolleur mousse, de façon à obtenir une loge étroite et bien centrée. Puis, la rugine met à nu le squelette de la crête nasale. On pratique ensuite, par voie rétrograde, une loge de 5 mm. environ vers la pointe, destinée à bloquer le greffon à son pôle inférieur. Nous nous servons d'un décolleur mousse rétrograde. La distance entre les deux extrémités de la loge doit être égale à l'arc de la concavité de l'arête. Cette distance est reportée sur le greffon qu'il convient, maintenant, de



PRÉLEVEMENT d'UN GREFFON CARTILAGINEUX
à la GOUGE RETROGRADE



CLIVAGE du POLE INFÉRIEUR
de la LOGE
au DÉCOLLEUR RÉTROGRADE,

afin de bloquer le pôle
inférieur du greffon

tailler à la forme de la loge. L'opération est sans doute difficile car de la taille du greffon dépend le résultat esthétique. Nous nous servons d'une petite planchette de contreplaqué, d'une véritable fourchette fine et d'un bistouri très tranchant. Le greffon est débarrassé du périchondre, s'il ne l'a pas été lors de la prise. Il est d'abord mis à la longueur de la loge, puis, sa face plane tournée vers la planchette, on découpe ses faces latérales, de façon à ce qu'elles se continuent harmonieusement avec les faces latérales de la pyramide nasale. Divers essayages sont pratiqués jusqu'à ce que le greffon entre dans la loge sans serrage excessif et sans laisser de vide;

2° Il s'agit d'une dépression intéressant surtout le squelette cartilagineux.

Deux voies d'abord peuvent être utilisées :

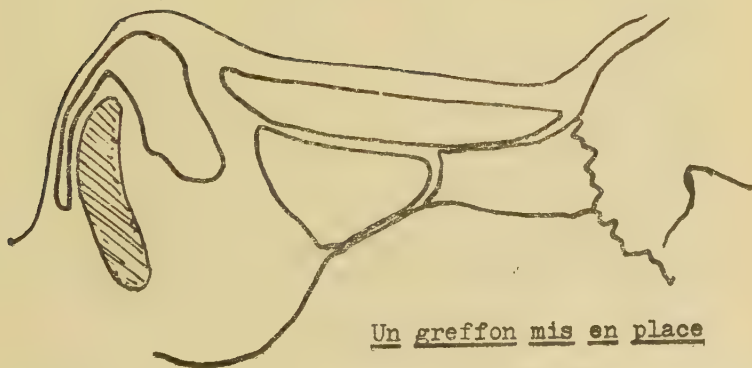
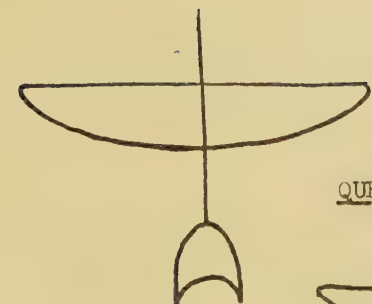
a) La voie vestibulaire angulaire antérieure, au-dessous du cartilage alaire. Une incision de 5 mm. portant à la fois sur la columelle et sur l'aile du nez. Une dissection fine permet de mettre en évidence, grâce à l'écarteur à griffes, la réunion des deux cartilages alaires sur la pointe du nez. Dans l'interstice, on introduit le décolleur mousse jusqu'à l'extrémité supérieure de la dépression;

b) Par une incision frontale à l'extrémité antérieure de la columelle, se prolongeant légèrement sur les bords narinaux. On découvre l'interstice inter-alaire et l'on pratique à cet endroit le même décollement que précédemment. Cette voie d'abord est certainement la plus simple et la plus symétrique, mais présente l'inconvénient de ne pas bloquer le greffon à son extrémité inférieure.

Lorsque le greffon est suffisamment ajusté, il convient de s'assurer qu'il n'est en aucun point en contact avec la cavité nasale. On pose alors quelques points sur la voie d'abord, de façon à fermer la loge.

Certains immobilisent le greffon grâce à des points

QUELQUES SORTES de GREFFONS



Un greffon mis en place

transfixiant la peau. Rappelons que si la loge est exactement à la mesure du greffon, on n'a pas besoin de moyens de contention, toujours plus ou moins traumatiques.

SUITES OPÉRATOIRES :

Elles sont sensiblement les mêmes que celles décrites au chapitre précédent. Cependant, plus particulièrement voué à l'infection et à l'intolérance, le malade doit être sous antibiotiques systématiques.

L'infection se manifeste comme partout ailleurs par des signes d'abcès chauds et l'élimination du greffon.

L'intolérance est peut-être plus longue à apparaître, le nez reste gonflé, la peau est violacée, laisse sourdre un liquide séreux, et il ne faut pas attendre pour vider la loge de son contenu, si l'on ne veut pas voir apparaître des zones de nécrose et l'élimination spontanée par voie cutanée.

Enfin, tardivement, on peut constater la déformation du greffon qui peut devenir cyphotique, ensellé, en S, fondre de volume, autant de déformations qui seraient liées sans doute à un reste du périchondre à la surface du greffon ou à un greffon homogène.

LES NEZ LARGES

On peut avoir à réduire plusieurs déformations en rapport avec la largeur du nez.

L'exagération de la largeur peut affecter la base de la pyramide, la crête osseuse, enfin la crête cartilagineuse.

Cette déformation peut être traumatique, raciale, congénitale et le plus souvent associée à une autre déformation, ce qui en fait un nez complexe.

1° EXCÈS DE LARGEUR DE L'ARÊTE OSSEUSE :

Il convient de rapprocher les deux faces latérales de la pyramide, sans enlever de la hauteur à la crête

nasale. On ne peut donc pas se servir du ciseau à marteler plat ou de la guillotine. Il faut leur préférer les scies ou les gouges.

Après incision vestibulaire, on décolle, comme pour le nez cyphotique, la peau de l'arête nasale, en ayant soin, cependant, d'aller plus loin sur le frontal et de pratiquer l'incision vestibulaire la plus antérieure possible. Puis, la scie, introduite dans un plan sagittal entre la peau et les os propres, sectionne verticalement l'arête sur un plan para-sagittal de quelques millimètres. On la tourne sur son axe de 90° à la face profonde des os propres et on sectionne la cloison osseuse. La même opération est répétée du côté opposé et la lamelle osseuse est détachée à l'aide d'une pince de CHAPUT.

Nous nous servons avec plus d'aisance d'une gouge spéciale fabriquée à cet effet, qui découpe d'un seul coup l'excès osseux de la crête.

Il ne reste plus qu'à rapprocher les faces latérales de la pyramide, par section des branches montantes.

2° EXCÈS DE LARGEUR DE L'ARÊTE CARTILAGINEUSE :

C'est sans doute la partie la plus difficile à réduire. C'est une opération délicate qui s'adresse au bord antérieur des cartilages triangulaires. L'intervention se fait le plus souvent à l'aveugle. En général, l'élargissement de l'arête cartilagineuse s'associe à un élargissement de la pointe, d'où, en même temps, une intervention sur les cartilages alaires.

On pratiquera donc l'incision périnarinaire prévestibulaire. Le ciseau droit à branches montantes est introduit parallèlement à l'arête; il est poussé avec précaution jusqu'aux os propres, de façon à détacher de chaque côté le bord antérieur des cartilages alaires. Puis, les ciseaux à pointe mousse, débordant en dehors de la première incision et toujours parallèlement à l'arête nasale, découpent une portion rectangulaire du cartilage triangulaire, qui sera retirée à la pince de CHAPUT.

Le pansement doit vaincre l'élasticité cartilagineuse.

Certains passent des points transfixiant la peau et serrés sur les faces latérales par l'intermédiaire de bourdonnets. Nous n'avons pas l'expérience de cette méthode qui nous paraît dangereuse à partir du moment où l'on traverse la peau.

LA POINTE

Le relief de la pointe est dominé par la morphologie des cartilages alaires. C'est en agissant sur cette morphologie, par section ou par contention, qu'on modifie le relief de la pointe.

1° LA POINTE EST TROP LARGE :

On peut pratiquer plusieurs sortes d'interventions : incision prévestibulaire intéressant l'angle antérieur de la narine, clivage de la peau sur le cartilage, aux ciseaux courbes. On saisit le bord inférieur du cartilage alaire dans une pince de CHAPUT; on le sépare ainsi de la peau vestibulaire grâce à un clivage très délicat aux ciseaux pointus. Dès qu'on peut placer une deuxième pince de CHAPUT, on l'énuclé de sa loge, en prenant garde de ne pas le déchirer. On peut alors sectionner son angle antérieur et rapprocher les Crus latéraux et les Crus médians par un catgut très fin. On peut ne pas mettre de catgut du tout, comptant sur la rétraction cicatricielle. On peut enfin, si la pointe est très large, extirper la totalité du Crus laterale.

La forme ultérieure de la pointe dépend de l'orientation de la section cartilagineuse qui doit être dirigée en haut et en dedans. Nous avons cependant remarqué que dans un cas sur deux environ la commissure antérieure n'existait pas et que le cartilage latéral se séparait spontanément par dissection fine du cartilage de la columelle.

Le résultat esthétique d'une telle intervention est plus tardif : il faut en prévenir le patient.

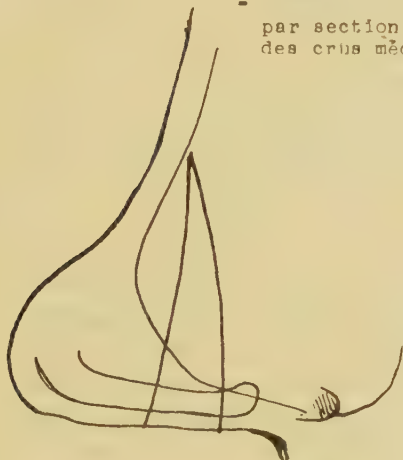
2° LA POINTE EST TROP ÉTROITE :

C'est une déformation rare dont nous ne dirons que

deux mots à propos d'un artifice qui consiste à retourner les cartilages alaires après énucléation, de façon à transformer leur concavité naturelle en une convexité, puisque leur face profonde se trouve alors au contact de la peau externe.

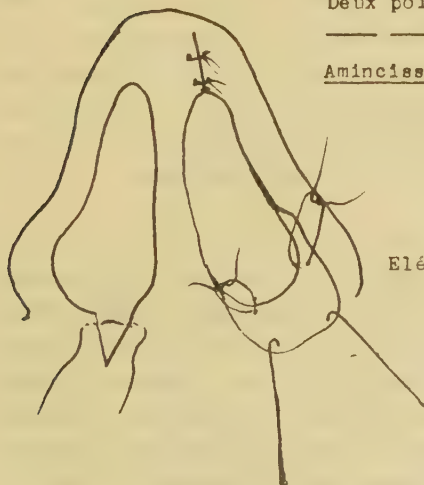
RACCOURCISSEMENT de la POINTE

par section simultanée de la peau
des crus médialé et de la cloison



Deux points sus et sous-columellaires

Amincissement d'une commissure



Elévation de l'aile

3° LA POINTE EST BIFIDE :

On préfère généralement la voie d'abord symétrique déjà utilisée à propos des nez ensellés, qui consiste à sectionner transversalement la columelle dans son tiers antérieur, à prolonger l'incision de part et d'autre, jusqu'à la commissure antérieure de chaque narine. On relève le lambeau antérieur et on découvre ainsi la bifurcation cartilagineuse. Il est simple, à ce moment, de poser de part et d'autre des points de catgut fin qui rapprochent les deux commissures antérieures. On peut même réséquer une partie du cartilage alaire, car le rapprochement des deux Crus médians transforme souvent une pointe bifide en une pointe trop longue.

4° LA POINTE EST TROP LONGUE :

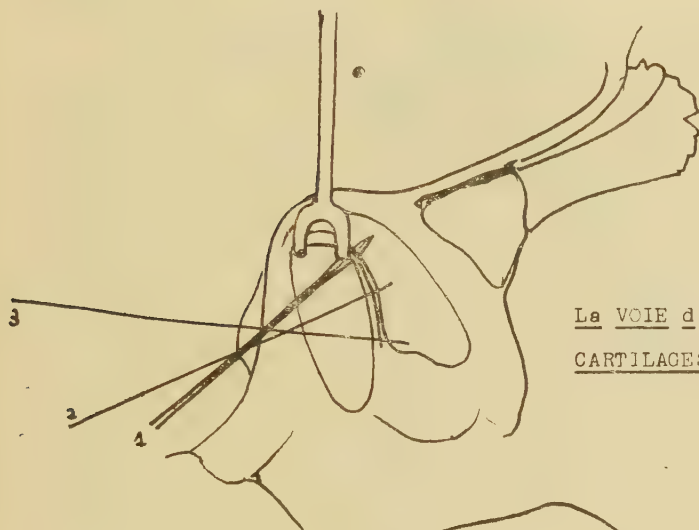
Plusieurs procédés sont proposés. On peut exciser les cartilages latéraux, ce qui revient à l'intervention sur pointe large. On peut exciser une partie du Crus mediale et la même longueur des Crus latéraux en laissant la commissure antérieure. On peut agir sur la columelle, faire une résection franche intéressant l'ensemble de la columelle et le bord antérieur de la cloison, éliminant ainsi un triangle isocèle dont la base est égale au raccourcissement désiré. On peut enfin placer des points en chicane (antérieurs sur les Crus médians, postérieurs sur la cloison) dont le serrage aboutit à un raccourcissement de la pointe. Le seul ennui est la section de l'artère de la columelle dont l'hémostase est difficile, cette dernière étant logée entre deux cartilages.

5° LA POINTE EST TROP HAUTE :

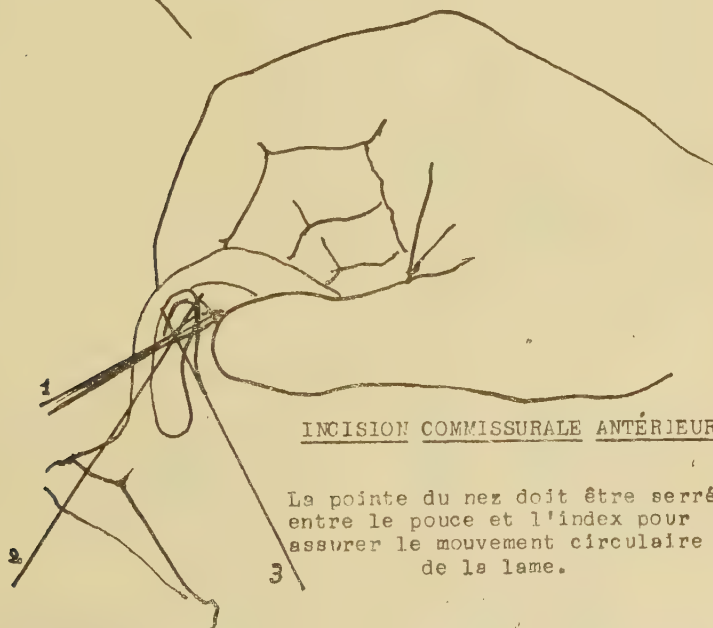
L'intervention consiste à abaisser la pointe grâce à l'introduction d'un greffon cartilagineux de petite taille, prolongeant en bas le bord antérieur du cartilage quadrangulaire. En même temps, une incision transfixiante intercolumnello-vestibulaire permet de déplacer la pointe grâce à des points placés en chicane sur la columelle et le bord antérieur de la cloison (ce sont les

points les plus postérieurs qui sont les plus efficaces).

Un autre artifice, utilisé aussi dans les nez épatés, consiste à détacher le bord supérieur des cartilages



La VOIE d'ABORD des
CARTILAGES ALAIRES



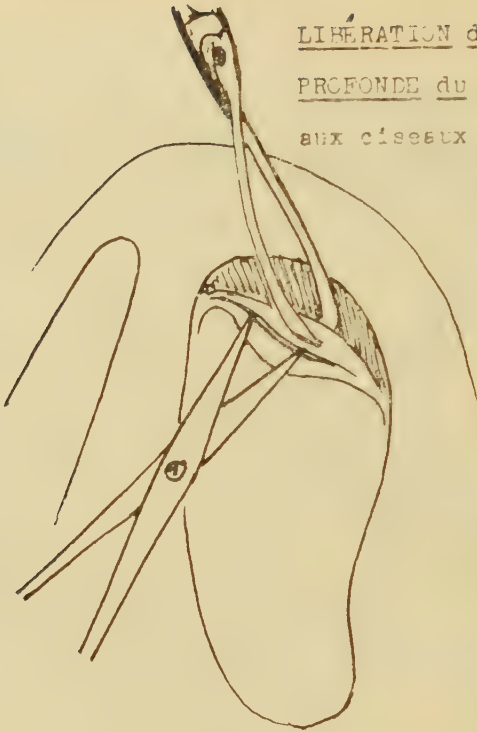
INCISION COMMISSURALE ANTÉRIEURE

La pointe du nez doit être serrée
entre le pouce et l'index pour
assurer le mouvement circulaire
de la lame.

LIBERATION de la FACE

PROFONDE du CARTILAGE ALAIRE

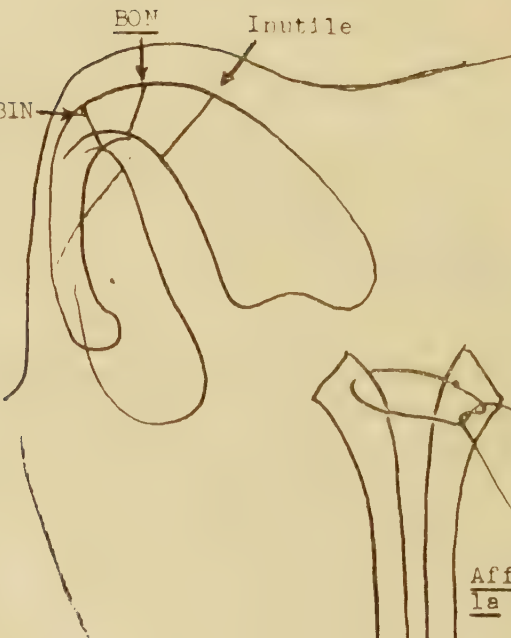
aux ciseaux pointus.



BON

Inutile

EEC de CORBIN



Affinement de
la pointe



triangulaires et abaisser l'ensemble dans la dépression sus-lobulaire. Il suffit alors de maintenir ces cartilages grâce à des points transfixiant la peau, qui seront retirés au bout de quatre jours.

6° LA POINTE EST TROP BASSE :

L'intervention revient à une correction de nez long. On pratique une incision transfixiante dans la columelle au-dessus des Crus médians. Cette incision est poursuivie dans la commissure antérieure, puis au-dessous de la plica nasi. On peut libérer la peau vestibulaire, la saisir dans des pinces de CHAPUT, une interne, une moyenne et une externe. On fait descendre ainsi à l'orifice narinaire un véritable demi-cylindre de peau que l'on résèque à volonté. On place alors trois points, antérieur, externe et interne, sur le pourtour narinaire.

Le pansement nécessite l'emploi d'adhésifs, une bande de sparadrap collée sur la pointe et la crête nasale, en ayant soin de rectifier la position de la pointe avant le collage. Une deuxième bande est placée perpendiculairement à la première, en forme de fronde, et collée sur les faces latérales du nez.

Signalons qu'une pointe trop basse peut être trop large et, dans ce cas, l'incision transfixiante du début se poursuit sur la narine au bord inférieur du cartilage alaire, afin de pouvoir pratiquer la résection mesurée de celui-ci avant le raccourcissement muqueux.

LES AILES

1° LES AILES SONT TROP VOLUMINEUSES :

D'une façon générale, on détache l'aile de la paroi jugale. On résèque alors une demi-lune de peau et de cartilage accessoire. On pose ensuite des points finement rapprochés.

2° LES AILES SONT TROP ÉCARTÉES :

Même opération que ci-dessus, mais on déplace un

lambeau de peau vestibulaire en dehors et l'on coud la narine sur le bord interne de ce lambeau (il y a une cicatrice).

3° LES AILES SONT TROP SERRÉES :

Même intervention; on résèque une demi-lune de la peau jugale. On coud l'aile du nez sur le bord externe de la résection.

4° LES AILES SONT DESCENDUES :

Même intervention que pour le raccourcissement nasal, mais intéressant cette fois-ci la commissure postérieure. On détache un lambeau de peau de la face interne de la narine que l'on descend et résèque à volonté. Notons que l'abord de la commissure postérieure est délicat à cause de la riche vascularisation.

LA COLUMELLE

1° LA COLUMELLE EST TROP BASSE :

La correction est simple; elle consiste à exciser un losange de peau sus-columellaire. La position des points et le sens de la traction donnent à la columelle sa position définitive.

2° LA COLUMELLE EST TROP HAUTE :

C'est le nez sans relief médian, ce qui donne l'impression d'un manque de cloison et d'une seule et vaste narine. Cette déformation peut être associée à une déformation de la pointe qui, au lieu d'être losangique, n'est que triangulaire à base antérieure. Il est utile de faire une petite greffe cartilagineuse qu'on introduit sur le bord latéral de la columelle ou, plus simplement, par une incision verticale transcutanée sous la pointe. On peut se servir d'un morceau de cartilage alaire, d'une lamelle prélevée sur la conque de l'oreille. Certains prétendent que ce cartilage ne tient pas et disparaît par véritable fusion. Ils préfèrent employer le solide greffon costal. L'introduction et la contention de ce greffon sont

assurées par la forme de la loge elle-même. C'est pourquoi il est indispensable de la préparer juste au volume du greffon par l'introduction d'un décolleur mousse, cylindrique, qu'on ne pousse pas jusqu'à la base de la columelle.

On peut encore, grâce à une incision sous-labiale, sectionner le frein de la lèvre, découvrir l'apophyse nasale et abaisser la columelle par un point passant au-dessus de celle-ci, d'une part, et sur la partie haute de la gencive, d'autre part. Le serrage assure l'abaissement désiré.

LES ORIFICES NARINAIRES

Les narines affectent des modifications de forme qui sont souvent en rapport avec la position de la columelle.

Elles peuvent être de dimensions différentes, trop étroites, trop larges, atrésiées.

De dimensions différentes : on résèque le bord de la narine la plus petite et on unit la peau vestibulaire à la peau narinaire par quelques points rapprochés. Lorsque la narine est atrésiée, la résection porte sur une plus grande surface. Il convient de faire alors une greffe cylindrique, dermo-épidermique sur stents. Le rétrécissement de la narine peut se faire aux dépens de son pôle antérieur si la pointe est suffisamment large, aux dépens de son pôle postérieur si, au contraire, c'est l'espace intercalaire qui est large.

LA RACINE DU NEZ

1° LA RACINE EST TROP LARGE :

Il n'est pas question de réduire la racine comme on réduit la portion osseuse de l'auvent nasal. La racine du nez est en effet constituée d'os compact, dur, supporté par l'apophyse nasale du frontal et il est très difficile de mobiliser les os propres à cette hauteur.

Certains se servent de gouges ou de ciseaux rétrogrades pour arracher des copeaux latéraux après rugination du périoste. Nous nous sommes servi avec succès de la râpe courbe d'AUBRY.

2° LE NEZ GREC :

Si le nez grec représente la perfection anatomique du monde antique, il est considéré de nos jours comme un canon périmé. On essaie donc de diminuer la hauteur de la crête nasale au-dessous de la glabelle, comme on a diminué la racine de largeur. Nous pouvons de la même façon utiliser le ciseau droit, le ciseau rétrograde et la râpe courbe.

LES DÉVIATIONS

Les déviations de la pyramide nasale sont le plus souvent d'origine traumatique. Elles représentent de grandes déformations et nécessitent la mise en jeu de tous les temps opératoires.

Nous ne considérerons ici que les déviations post-traumatiques anciennes ou congénitales, les déviations récentes sortant du cadre de l'esthétique nasale.

Les déviations intéressent l'étage osseux, cartilagineux, ou osseux et cartilagineux à la fois.

1° LA DÉVIATION CARTILAGINEUSE :

Elle est fonction d'une déviation plus ou moins prononcée de la cloison. Elle entraîne donc un plus ou moins grand déficit respiratoire. Elle pose le problème de la reposition de la cloison avant ou après l'acte correcteur. En effet, la reposition sous anesthésie locale doit être exsangue; la réduction d'une déviation l'est beaucoup moins. Il faut donc pratiquer la reposition avant la réduction de déviation. Cette reposition peut se faire par section franche de la cloison, depuis l'implantation labiale de la columelle jusqu'à l'union du cartilage quadrangulaire à la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Une deuxième section parallèle peut être pratiquée en

avant de la précédente; le nez est alors mobilisé et maintenu par un des moyens de contention précités. Dans les fortes déviations, on peut être amené à réséquer une partie du cartilage triangulaire d'un côté.

2° LA DÉVIATION OSSEUSE :

Elle est très fréquente et correspond à un traumatisme latéral sur la partie moyenne de l'arête, la racine et la pointe étant fixes. On sectionne les branches montantes et on libère l'auvent que l'on place en hypercorrection.

Il est souvent nécessaire de réséquer la cloison.

3° LA DÉVIATION EST OSSEUSE ET CARTILAGINEUSE A LA FOIS :

Elle consiste en une hypertrophie d'une des faces latérales de la pyramide (os propre ou branche montante), alors que l'autre côté s'est moins développé. Il en résulte donc une orientation différente des faces latérales et une déviation de la crête nasale. Il convient de pratiquer une ostéotomie bilatérale des branches montantes. La voie d'abord est la même que dans les ostéotomies des nez convexes; il faut dire cependant que le ciseau à branche montante progresse plus difficilement sur une face que sur l'autre.

Dans les fortes déviations, il faut faire une seconde section sur la branche montante la plus développée, de façon à extraire un triangle d'os. Certains ont même pensé à replacer ce triangle en surplus d'un côté dans l'incision de la branche montante opposée. Nous n'y sommes jamais parvenu. Nous prétendons qu'il est déjà bien difficile d'enlever l'excès osseux du côté le plus développé; d'ailleurs, la section des deux branches montantes suffit généralement.

La mobilisation de la pyramide se fait à la main ou à l'aide d'un petit maillet. S'il y a une résistance, on désarticule les os propres en passant soit par le sourcil, soit par l'angle interne de l'œil, soit, enfin, en faisant levier dans l'incision de la branche montante avec un

ciseau à marteler. Il faut s'assurer qu'il ne reste plus aucune élasticité dans la pyramide, tendant à reproduire la déformation. On applique alors un stents, un plâtre, un appareil à pelotes ou, enfin, un des dièdres de métal malléable. Le dièdre de métal présente l'avantage de pouvoir se former suivant les nécessités du moment.

LE RHINOPHYMA

Il est classique de traiter chirurgicalement le rhinophyma dans les ouvrages d'esthétique pure, bien qu'il s'agisse d'une tumeur bénigne de la face (adénome sébacé), et on retrouve dans de multiples ouvrages la reproduction d'un tableau célèbre de Ghirlandajo. Nous en parlerons donc succinctement, n'en ayant aucune expérience personnelle.

Le rhinophyma apparaît de préférence chez l'homme aux environs de quarante ans, il se traduit par un épaissement local bien limité de la peau de la pointe du nez, ce qui le différencie des nez acromégales. Les coupes anatomopathologiques montrent que la couche génératrice malpighienne s'étend sur plusieurs millimètres, ce qui permet de réséquer en épaisseur et d'avoir, malgré tout, une cicatrisation satisfaisante. Il existe, comme partout ailleurs, des cas plus ou moins légers (GALTIER les différencie en trois catégories suivant leur degré et décrit pour chacun un type d'intervention).

On peut attaquer la tumeur par sa face profonde, découvrir le cartilage alaire par une incision périnariaire et creuser la tumeur de proche en proche jusqu'à ce que le revêtement restant soit suffisamment fin. On peut, dans les cas plus importants, suivant la méthode de DIFFENBACH, exciser le nez en croix et faire des sutures fines ou, suivant la technique de GRATTAN, pratiquer une incision en valve pédiculée. La vulgaire section en tranches de la tumeur, jusqu'à la réduction à un volume normal, suffit en général. Si on le juge utile, on peut faire une greffe dermo-épidermique ou même de peau

totale. Il semble que les résultats cicatriciels ne sont pas meilleurs et que la décortication simple, dans la plupart des cas, suffit.

LES NEZ COMPLEXES

1° LE NEZ BOSSU ENSELLÉ :

C'est une forme de crête nasale qui supporte une bosse osseuse avec une dépression cartilagineuse.

On peut opérer de deux façons : soit faire successivement les deux interventions correctrices, soit utiliser un artifice plus simple qui consiste à descendre la bosse dans le creux.

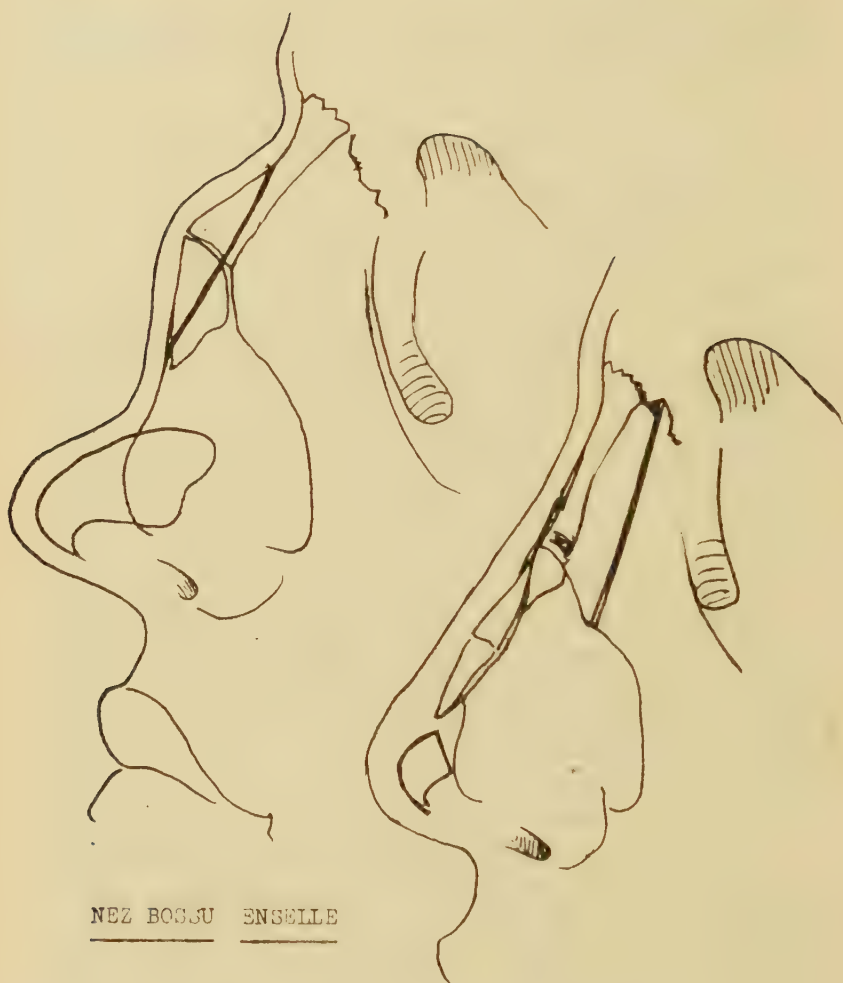
On la sectionne donc par le moyen qui semble le meilleur et on la fait glisser dans la loge préformée au niveau de l'ensellure.

2° LE NEZ ENSELLÉ CARTILAGINEUX AVEC GROSSE POINTE :

On peut utiliser la partie réséquée des cartilages alaires pour combler la partie cartilagineuse. CONVERSE parle d'un procédé dit « de l'aile volante » qui consiste à amener les cartilages latéraux sur l'arête ensellée, par rotation en haut.

3° LA GROSSE POINTE SUR NEZ CYPHOTIQUE :

On peut, là aussi, pratiquer les deux interventions séparées, c'est-à-dire utiliser les deux sortes d'incisions; l'une, dans la plica nasi, pour la bosse; l'autre, périnarinaire, pour le cartilage alaire. En réalité, nous avons pu sans inconvénient nous servir de la seule incision périnarinaire, qui n'empêche pas le décollement plus lointain des cartilages triangulaires et des os propres. Cette incision périnarinaire se continue en dedans par l'incision transfixiante classique. On libère ainsi un demi-cylindre de peau endorinaire, dont on peut se servir pour le raccourcissement du nez. On pratique d'abord la résection des cartilages alaires, ensuite la résection de bosse.



NEZ BOSSU ENSELLE

Réparation par glissement de la bosse

4° LE NEZ ENSELLÉ SANS SOUTIEN DE LA POINTE :

C'est à lui que s'adressent les divers greffons en équerre. Articulés l'un sur l'autre par une taille en V, d'un côté, en biseau, de l'autre; soit le greffon unique, plié par résection angulaire; soit, enfin, la pièce unique

taillée directement en équerre, l'introduction de ces pièces cartilagineuses ou osseuses se fait par la pointe, après incision de la columelle et relèvement du lambeau. Il faut que le greffon de soutien de la pointe aille bien jusqu'à l'épine nasale du maxillaire supérieur.

5° LE NEZ DÉVIÉ

ASSOCIÉ A UNE DÉVIATION DE CLOISON :

Sur ce point, les auteurs ne sont pas tous d'accord. La question est très controversée. Certains pensent que c'est le temps fonctionnel qui doit primer le temps esthétique; d'autres pensent qu'on doit considérer avant tout le désir du patient et, dans ce cas, il s'agit de l'esthétique d'abord. Tout dépend du mode d'anesthésie qu'on a choisi et du genre de la déviation :

a) Anesthésie locale, déviation cartilagineuse. On doit réduire d'abord la déviation de cloison, puis la déviation cartilagineuse;

b) Anesthésie générale, déviation osseuse. On doit réduire d'abord la déviation osseuse qui est un temps hémorragique, puis la déviation de la cloison.

L'anesthésie locale est le moyen qui semble avoir la faveur de la plupart des praticiens. Nous avons dit pourquoi nous préférons, chaque fois que c'est possible, avoir une anesthésie générale par intubation, qui ne présente actuellement aucun danger. Dans ce cas, la réduction esthétique doit toujours se faire en premier temps.

L'hémorragie, surtout en cas de gros délabrement, ne permet pas simultanément un travail fin sur la cloison et, d'autre part, la reposition de la pyramide nasale modifie souvent les rapports de la cloison avec les faces latérales des fosses nasales.

On est souvent surpris du bénéfice respiratoire obtenu par simple réduction de la déviation nasale. On est toujours à temps de pratiquer ultérieurement sur ce terrain définitivement modifié la résection de cloison jugée utile.

CONCLUSION

En présentant ce travail à l'examen de nos Maîtres, nous avons cherché à faire le point de notre expérience portant sur trois années d'internat dans le service de chirurgie d'un centre hospitalier.

Nous avons, depuis le début de notre internat, assuré la garde chirurgicale de la plus grande partie des interventions faciales d'urgence (accidentés de la route, traumatismes divers). Nous avons eu la possibilité, grâce à la bonté de notre Chef de service, d'opérer à l'hôpital quelques cas d'esthétique pure.

Nous nous sommes enfin attaché à pratiquer sur le cadavre la plupart des interventions d'esthétique faciale (sur près de 80 sujets).

Nous avons décrit des interventions classiques que nous nous sommes appliqué à réaliser avec un soin scrupuleux.

L'habitude du travail des métaux nous a permis de modifier nous-même certains instruments, d'en imaginer d'autres dont la mise au point s'est faite au cours de nombreuses autopsies. Nous nous sommes volontairement peu étendu sur les techniques; nous avons préféré faire quelques schémas, pensant ainsi être plus explicite.

En définitive, la chirurgie esthétique nasale semble simple, il faut l'avouer, par rapport à certaines interventions portant sur l'oreille ou sur le cou. La difficulté réside dans l'obtention de la perfection.

En effet, si l'on peut admettre un défaut sur une plastic tympanique quand le résultat fonctionnel est bon, si même en chirurgie réparatrice faciale on se contente « du mieux possible », ici, c'est le patient qui juge et la faute est le plus souvent irrémédiable.

On nous parle de plusieurs interventions successives pour le résultat définitif : il ne faut pas trop y croire. Peu de nez complexes sont justiciables de deux interven-

tions au maximum; dans la plupart des cas on doit s'efforcer d'opérer en un seul temps.

Nous avons acquis la certitude de l'utilité sociale de cette chirurgie trop souvent contestée, chirurgie dangereuse certes, mais qui donne une satisfaction professionnelle énorme.

Avec des techniques classiques et bien connues, il fallait, suivant le conseil de Boileau, « cent fois sur le métier remettre son ouvrage ».

Vu :

Le Président de la Thèse :

AUBIN.

Vu :

Le Doyen de la Faculté :

BINET.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBRY : Rapport de la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie 1956.
- BARRIÈRE : La plastique féminine.
- BOURGOIN : Les possibilités de la chirurgie plastique.
- DUFOURMENTEL : Chirurgie réparatrice et correctrice des téguments.
- DUVAL ET CUVER : Histoire de l'anatomie plastique.
- FRANCILLON ET TRUCHET : Chirurgie plastique cutanée.
- GALTIER : Chirurgie esthétique nasale.
- LANDOWSKI : Peut-on enseigner les Beaux-Arts ?
- LARROQUE ET PELTRONE : Chirurgia estetica.
- OKINCZYK : Les petites règles de la chirurgie parfaite.
- PEYRUS : Chirurgie plastique du nez.
- PORTMANN : L'anesthésie en oto-rhino-laryngologie.
- RICHER : Anatomie artistique.
- LA SEMAINE DES HÔPITAUX (Décembre 1956) : Annales de la chirurgie plastique.
- VINCHON : L'Art et la folie.
-

